



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA GABRIELA VÁZQUEZ SILVA**, con C.I. 171270713-0, autora del trabajo de graduación intitulado: **“LOS EFECTOS PSICO-SOCIALES DEL MIEMBRO FANTASMA EN SUJETOS QUE HAN SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN A PARTIR DE LA TEORÍA PSICOANALÍTICA.”** Estudio de cuatro casos de la Fundación Hermano Miguel en el período de junio a diciembre de 2013, previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2014


MARÍA GABRIELA VÁZQUEZ SILVA

C.I. 171270713-0

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ÁREA CLÍNICA**

**DISERTACIÓN PARA LA OBTENCION DEL TÍTULO DE PSICOLOGA
CLÍNICA**

**“LOS EFECTOS PSICO-SOCIALES DEL MIEMBRO FANTASMA EN
SUJETOS QUE HAN SUFRIDO UNA AMPUTACIÓN A PARTIR DE LA
TEORÍA PSICOANALÍTICA.
ESTUDIO DE CUATRO CASOS DE LA FUNDACIÓN HERMANO
MIGUEL EN EL PERÍODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2013”**

Mtr. Lorena Narváez Miño

María Gabriela Vázquez Silva

QUITO, 2013

DEDICATORIA

A mis padres, que siempre han sido mi apoyo para conseguir lo que busco, siempre me han demostrado lo importante de un trabajo fuerte. A mi hermana, que siempre estuvo para darme ánimos y continuar.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por darme la oportunidad de estudiar y siempre apoyarme, esta disertación es solo el fruto de todo su esfuerzo y apoyo. A mi hermana por ser esa compañera que me enseñó a crecer y creer en lo que hago. A la Fundación Hermano Miguel por la oportunidad que me dieron de trabajar con los pacientes. A la Doctora Paz por cada soporte que me dio. A Lorena Narváez por estar para aconsejarme y ayudarme siempre. Por último, pero no menos importante, a mis amigos por darme ánimos, acompañarme y aguantar mis malos humores.

INDICE

RESUMEN.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	5
El miembro fantasma y sus efectos psíquicos.....	5
1.1 Definición de Fantasma	5
1.2 Definición de Miembro Fantasma.....	8
1.3 Construcción yoica.....	10
1.4 Definición de Duelo.....	15
1.5 Imagen inconsciente.....	19
CAPÍTULO 2.....	26
Dolor frente al miembro perdido por amputación.	26
2.1 Reconocimiento de la marca.....	27
2.2 Pérdida de objeto, ambivalencia afectiva.....	30
2.3 Angustia frente a la discapacidad.....	32
2.4 Dolor psíquico por construcción yoica en la amputación	35
2.5 El otro frente a la discapacidad.....	38
Capítulo III:	42
Análisis de los efectos del miembro fantasma en 4 casos.....	42
3.1 Ubicar los pacientes de las diferentes edades para realizar el análisis planteado.....	44
3.2 Antecedentes de cada caso	45
3.2.1 Sujeto 1:	45
3.2.2 Sujeto 2:	45
3.2.3 Sujeto 3:	46
3.2.4 Sujeto 4:	47
3.3 Trabajo de los efectos del miembro fantasma en los pacientes de la Fundación Hermano Miguel.....	48
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	69
Bibliografía.....	70
GLOSARIO.....	72
ANEXOS.....	1

RESUMEN

La pérdida de un objeto o de una persona nunca ha sido un factor fácil de resolver para los sujetos que atraviesan por esta situación, menos aún es sencillo asimilar y salir adelante cuando lo que se pierde es una parte del propio cuerpo, como la pérdida de un miembro cualquiera que sea: un dedo, una mano, un pie, un ojo y menos en condiciones tan abruptas y dramáticas.

Por esto es que dentro de este trabajo teórico práctico se pretende analizar los efectos psico-sociales que se producen en el sujeto amputado. La identificación y la imagen inconsciente tan distorsionada que se da en el ser humano con relación a su cuerpo, es una de las razones básicas para considerar que este debería ser un trabajo que tenga más atención en las áreas de psicología en nuestro país.

En el transcurso de la disertación se trabajó con pacientes amputados de la Fundación Hermano Miguel, quienes presentaron la mayoría de afectaciones tanto emocionales como físicas a causa de su amputación y que nunca fue elaborada o trabajada por un profesional en el ámbito psicológico; lo cual hizo que esta disertación tenga una base psicoanalítica con el análisis de conceptos como: fantasma, miembro fantasma, construcción yoica, imagen inconsciente, angustia, vínculos y ganancias secundarias en los pacientes. Además, se utilizaron otras técnicas como la del espejo o la percepción de los colores. Los resultados del trabajo se ven articulados con la teoría durante la presente investigación.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad física, como la amputación por ejemplo, es un tema que en la población ecuatoriana se incrementa cada día más. Según los censos de población y vivienda del 2010, realizados por el INEC reflejan en Quito un nivel de discapacidad física traducida en números de 39.406 casos y a nivel país alrededor de 432.443 casos; sin ser estas cifras completamente exactas acerca de la discapacidad por amputación ya que corresponden también a otras discapacidades físicas.

El tema de las amputaciones o discapacidad física, no ha sido muy trabajado por los profesionales en el área de psicología y en otras áreas de salud, evidenciando que muchas veces realizan exámenes o diagnósticos errados acerca del porcentaje de discapacidad que presenta el paciente amputado.

Dentro de las investigaciones y estudios que se han realizado en Psicología dentro del país, se puede concluir que no hay ninguno que aborde el miembro fantasma en pacientes que han sufrido amputaciones. Es por esto que, por medio del estudio de la teoría psicoanalítica, se guiará la presente investigación. Existen varios autores que han puesto el acento en las necesidades específicas, las estructuras psíquicas y emocionales que se ven afectadas frente a la presencia de un miembro fantasma.

En el plano social, esta disertación pretende generar una concientización de cambio en la sociedad, buscando así, un espacio de aceptación, sin prejuicios para las personas que han perdido un miembro; evitando que sea la sociedad o la misma familia, quienes los incapaciten totalmente ya que se enfocan más en la discapacidad del paciente que en su potencial capacidad. Como menciona Nasio, 2007 en su texto *“El dolor de amar”: ... “el sufrimiento, nos amenaza por tres flancos: en nuestro propio cuerpo, ... por el lado del mundo exterior, que dispone de fuerzas invencibles e inexorables para encarnizarse contra nosotros y aniquilarnos”* (Nasio, 2007, pág.33).

Después de analizar la parte teórica y social, el interés de profundizar sobre esta tesis se centra en la necesidad de abrir espacios para que los pacientes desprovistos de algún miembro de su cuerpo, sean escuchados, y puedan realizar un trabajo psicológico a través de la teoría psicoanalítica, a razón de que los pacientes accedan a una orientación profesional para resolver sus carencias y traumas que le provocaron la amputación y pérdida de sus capacidades físicas y motrices; y ahondar en las repercusiones psíquicas que esta ha tenido sobre ellos.

Se escogió la teoría psicoanalítica como pilar fundamental de la presente disertación debido a que es la corriente por la cual me adscribo; me ha dado herramientas para emplear técnicas psicoterapéuticas con mis pacientes y porque posibilita reconocer el dolor que genera el miembro fantasma y explicar el sufrimiento que atraviesa el paciente amputado a partir de las fases y estructuras más complejas de su psique.

La investigación se obtuvo en la Fundación Hermano Miguel que es el lugar de donde se obtuvieron los casos para el estudio. La Fundación Hermano Miguel desde sus inicios ha sido una institución pionera al buscar la inclusión y la aceptación de la discapacidad en distintas áreas tanto en el ámbito escolar como en el ámbito laboral. En este último tiempo, la fundación ha buscado financiar o promover lugares en los cuales los pacientes puedan trabajar, de manera que se sientan útiles y continúen con sus vidas no como fue antes pero sí llegando a encontrar una razón de estar y ser pese a los sinsabores que la vida les ha traído.

El estudio de casos que se realizó en la institución antes mencionada se llevó a cabo con alrededor de 50 pacientes de la fundación por medio de la apertura de una historia vital, después de analizar todos los casos, se seleccionaron cuatro casos que por disponibilidad y apertura accedieron a participar en la investigación y se utilizó una metodología cualitativa. Con todos los pacientes se trabajó en base a una entrevista semi-estructurada, se realizó acompañamiento y apoyo psicológico en alrededor de 6 sesiones y con algunos casos se recomendó el inicio de un proceso terapéutico.

Dentro de la labor terapéutica, se trabajó con cada paciente su estructura yoica, la imagen inconsciente del cuerpo, los estados de angustia y ansiedad por los que había atravesado en el proceso de amputación, el duelo por el miembro faltante y por último, la relación de la familia y la sociedad en referencia a la discapacidad.

La hipótesis planteada para el análisis, tanto teórico como práctico de esta disertación, se basó en la siguiente pregunta: ¿Qué ocurre con la imagen inconsciente, la construcción yoica del sujeto y el proceso del duelo cuando hay una irrupción brusca en el cuerpo? Para poder responder a este interrogante se plantearon objetivos que también ayudaron a guiar la investigación, los mismos que aparecen a continuación:

- Identificar el proceso del duelo en el que se ubica cada paciente además de los vínculos y pilares que aportan para una resolución del duelo.
- Reconocer los cambios en la imagen inconsciente y esquema corporal de los pacientes que presentan amputación.

- Identificar en la muestra los efectos que ha tenido el miembro fantasma sobre ellos en cuanto a duelo, imagen inconsciente, vínculos y ganancias secundarias que obtuvieron frente a la pérdida y además conocer la importancia del otro frente a la discapacidad.

Los tres objetivos planteados anteriormente tuvieron su abordaje teórico en el desarrollo de los capítulos de la disertación:

El primer capítulo hace un recorrido teórico de aquellos conceptos o problemáticas que se ven enlazadas en el proceso de amputación. Dentro del capítulo se abordaron conceptos como: fantasma, miembro fantasma, construcción yoica, duelo e imagen inconsciente. Conceptos que fueron articulados desde el psicoanálisis a propósito de poder visualizar y analizar el miembro fantasma y la amputación física.

El segundo capítulo guarda relación con la problemática de los pacientes amputados y aborda conceptos psicoanalíticos como el reconocimiento de la marca, la ambivalencia, la angustia entre otros, este capítulo realiza una conexión entre el malestar vivido por una persona amputada con aquellas ganancias secundarias que le podría generar su condición de discapacidad.

Por último, el tercer capítulo analiza los casos en los cuales se aplicó y desarrolló ciertas técnicas basadas en el psicoanálisis, se evalúa cuál ha sido el impacto que ha tenido para cada paciente la amputación y qué le genera a cada uno. Se analizan las entrevistas de los cuatro casos de la Fundación Hermano Miguel cuyo fin perseguido es observar, confirmar y/o rectificar la teoría en las vivencias de cada paciente.

La investigación se desarrolló de manera adecuada, no hubo inconvenientes en cuanto a obtener los casos a estudiar y brindar el debido apoyo psicológico; No obstante, en ciertos momentos los pacientes se mostraron negativos frente a la labor terapéutica. Por consiguiente siempre se buscó aclarar y recordar la importancia del trabajo, apuntando hacia la resolución de los traumas generados por la pérdida física de un miembro.

El presente estudio junto con los resultados obtenidos, intenta evidenciar los cambios que se suscitan en un paciente con amputación y trata de promover en la sociedad y las familias la toma de conciencia a la mirada con la que procesa o no la discapacidad y hace un llamado de atención, mostrando un nuevo rostro, que está oculto por los prejuicios, las fantasías y la idiosincrasia, y conduce a situarnos frente a la discapacidad desde otro lugar, desde el lugar en que para una persona que sufre una amputación es un momento muy doloroso y desestructurante en términos psíquicos, pero que son la sociedad y las familias

quienes pueden hacer que su pesar no sea tan insostenible y que el sujeto pueda vislumbrar su vida con optimismo pese al infortunio que le ha tocado vivir.

CAPÍTULO 1

El miembro fantasma y sus efectos psíquicos.

El presente capítulo buscará dar un breve recorrido teórico desde el psicoanálisis, de aquellos conceptos y posturas enmarcadas en el miembro fantasma y los efectos psíquicos que se encuentran presentes en los pacientes con amputaciones.

Dentro de los temas a desarrollar en el capítulo, se analizará el concepto y la lógica del fantasma, desde los distintos autores psicoanalíticos que han hecho referencia al mismo. Por otro lado, a partir de la teoría psicoanalítica se identificarán los diversos tipos de duelo, como también se explicará el dolor psíquico presente en la pérdida de un miembro.

A su vez se dará a conocer la construcción del yo y las variadas clases de imágenes que muestra el sujeto; para luego analizar los cambios que pueden existir en el paciente amputado.

1.1 Definición de Fantasma

El concepto de Fantasma, ha sido trabajado y sustentado por varios autores psicoanalíticos en el desarrollo de sus teorías. El autor que más desarrolló este concepto fue Jacques Lacan (1966), quien postuló la lógica del fantasma. Sin embargo, en este sub capítulo se abordarán algunas definiciones y aportes que ha tenido el concepto como tal. Freud, trabajó el término del fantasma a partir de la fantasía como se explica más adelante en la cita.

La teoría de Freud hace referencia al término "sueños diurnos" aplicado a las fantasías diurnas conscientes, ya que comparten el mismo mecanismo de los sueños, al ser estos realizaciones de deseos: "[...] tienen como base el impacto de las impresiones provocadas por sucesos infantiles que hacen que los protagonistas gocen de cierta benevolencia de la censura" (Fuentes, 2008)

Es a partir de esta definición que posteriormente Lacan desarrolla su teoría de la lógica del fantasma. De acuerdo a lo que Freud postuló, él daba la carga de deseo a aquellos sueños diurnos, y es el deseo el que se ve impregnado en la estructura fantasmal.

No obstante, Freud a pesar de colocar el deseo que se ve trabajado en la fantasía y los sueños diurnos; él también ubica la situación presentada en la cita como una actividad psíquica que se da en la cotidianidad del sujeto. Este fenómeno ocurre por vivencias

obtenidas por el sujeto en el día a día, en los juegos infantiles que vendrán marcados por un estadio preliminar del desarrollo del sujeto.

Por otro lado, Chemama (2010) en su diccionario de Psicoanálisis también hizo un breve abordaje del concepto del fantasma a través de lo trabajado por Freud y Lacan.

Para Freud es una representación, guión escénico imaginario, consciente, preconsciente o inconsciente, que implica a uno o varios personajes y que pone en escena de manera más o menos disfrazada el deseo. El fantasma es a la vez efecto del deseo arcaico inconsciente de la matriz de deseos, conscientes e inconscientes actuales [...] el fantasma no solo es el efecto de ese deseo arcaico, también es la matriz de los deseos actuales. Es que los fantasmas arcaicos inconscientes del sujeto buscan una realización al menos parcial de la vida concreta del sujeto. (Chemama, 2010, págs. 248-249)

Es importante analizar la estructuración que Freud da del fantasma, porque brinda una estructura básica por la cual atraviesa todo sujeto, donde está implícito el deseo. Es por esto que se dice que todo sujeto es un sujeto deseante; en consecuencia, todo sujeto devela en su estructura una figura fantasmática. Además de los argumentos antes expresados, también es una construcción arcaica que está formada desde las vivencias cotidianas y los deseos, necesidades, recuerdos de los primeros años de vida, mismos que posteriormente se convertirán en deseos inconscientes que buscarán la realización del sujeto.

El fantasma va a ser aquella estructura que sostiene al deseo, que viene a atravesar al sujeto y también lo castra. Dentro de la organización del fantasma, se evidencia que esta hace que las significaciones sean absolutas, evitando así una desestructuración del sujeto. La mayoría de las proposiciones anteriores son características primordiales del fantasma; una de las funciones más importantes es colocar y enfrentar al sujeto con el otro, mecanismo que se puede constatar en los pacientes amputados. Chemama (2010) propone otra definición del fantasma, en relación a lo que trabajó Lacan, que está estrechamente relacionado con las funciones antes mencionadas.

Lacan representa al fantasma por medio de una superficie que incluye las diversas figuras del yo, del otro imaginario, de la madre originaria, del ideal del yo y del objeto. Esta superficie del fantasma esta bordeada por el campo de lo imaginario y por el de lo simbólico, mientras que el fantasma recubre el de lo real (Chemama, 2010, pág. 250)

El fantasma representa aquella estructura que sostiene al sujeto tanto en lo real y palpable del día a día, como también en lo simbólico e imaginario a través de idealizaciones, simbolizaciones y significantes presentes en la vida del sujeto.

Lacan desarrolla los tres registros, real, simbólico e imaginario, puesto que él consideraba que el anudamiento de los tres permitía el buen funcionamiento psíquico, ya que cualquier situación por la que pase el sujeto va a estar analizada y atravesada por los mismos. Esta anudación también está involucrada en la estructura del fantasma y en el posterior análisis de lo que sucede con los pacientes amputados.

Lo real que es el primer registro de esta triada, está definido y armado a través de los otros dos, no puede existir lo real si no existe lo simbólico y lo imaginario; es por esto que Chemama (2010) lo definió así: “Definido como lo imposible, es lo que no puede ser completamente simbolizado en la palabra o la escritura y por consiguiente, no cesa de no escribirse” (Chemama, 2010, pág. 579)

Lo real corresponde a eso que fue expulsado de lo simbólico, que no pudo ser expresado por el sujeto entonces lo saca de este campo y lo convierte en real, en papable, en algo que se considera como un imposible y que nos remite nuevamente a la falta. Cabe recalcar que lo real no es la realidad del sujeto sino es el registro en que el sujeto reconoce su falta y donde se origina la angustia. Lo real constituye la pantalla del fantasma, por medio de la cual la percepción de la realidad del paciente se va a ver distorsionada.

Por otro lado, se encuentra el registro de lo simbólico que se lo definió: “Función compleja y latente que abarca toda la actividad humana; incluye una parte consciente y una parte inconsciente, y adhiere a la función del lenguaje y, más especialmente, a la del significante” (Chemama, 2010, pág. 627).

La relación del sujeto con lo simbólico está dada desde el momento en que se instaura el lenguaje en él, debido a que, en el instante en que es nominado con nombre, y a través del deseo del otro ya se le otorga un significante al sujeto con el cual posteriormente se identificará. Lo simbólico representa todo aquello que rodea a lo real, ya que a través de lo simbólico, el sujeto es capaz de expresar emociones, sentimientos, sensaciones que no pueden ser descritas en el registro de lo real.

Por último, aunque con igual importancia en la triada se encuentra el registro de lo imaginario, que está ligado casi completamente a la construcción de la imagen del cuerpo. En el diccionario de psicoanálisis de Chemama (2010) se lo describe como: “lo imaginario debe entenderse a partir de la imagen. Es el registro de la postura, de la identificación, en la relación intersubjetiva siempre se introduce algo ficticio que es la proyección imaginaria de uno sobre la simple pantalla que deviene el otro.” (Chemama, 2010, pág. 344)

Este registro está ligado al estadio del espejo, lugar donde se produce toda imagen del sujeto, proyectada en el espejo a través de marcar las diferencias con el otro, además de la posterior identificación que se da del sujeto como único. El registro de lo imaginario siempre va a ser ese registro identificatorio, corresponde a la relación del sujeto consigo mismo y por esto el registro imaginario es parte fundamental para la estructuración yoica del sujeto y también formará parte de la estructura del fantasma.

Lacan a partir de toda esta base teórica desarrolló “la lógica del Fantasma”. Esta proposición devino a través de una fórmula que explica cómo se da la estructuración del fantasma y cómo la misma guarda relación con la estructura de cada sujeto; a esta fórmula la denominó matema. “El mátema $\$ \diamond a$ expresa la relación genérica de forma variable pero nunca simétrica, entre el sujeto del inconsciente, (sujeto barrado), dividido por el significante que lo constituye, y el objeto a , objeto inaprehensible del deseo que remite a una falta, a un vacío del otro” (Roudinesco, 1999, pág. 315) .

La presente cita guarda relación con la idea de que el fantasma atraviesa el deseo, y es el deseo el que constituye al sujeto. El fantasma es esta figura importante ya que castra al sujeto que revela una amputación remitiéndolo otra vez a la falta, a un vacío que también va a estar recordado y reflejado en la relación con el otro, la cual va a ser la que desmantele la falta en el paciente amputado.

Esta misma estructura fantasmática se verá reflejada en lo que psicológicamente se lo conoce como *miembro fantasma*, que viene a ser evidenciado en una persona que ha sufrido una amputación de alguna parte de su cuerpo y se procederá analizar la relación que guarda el fantasma en esta alucinación del miembro faltante en la estructuración psíquica del sujeto.

1.2 Definición de Miembro Fantasma

Una vez que se ha dado una breve definición del fantasma, visto desde la perspectiva de dos notables autores como Freud y Lacan, es necesario dilucidar sobre lo que es el miembro fantasma, analizado siempre bajo la óptica del Psicoanálisis, sin preocuparnos por las neurociencias, término que guarda cierta relación.

Se podría decir que el miembro fantasma es la sensación clara y viva de aquella parte del cuerpo amputada, faltante, aquella que persiste en el miembro perdido en personas que han sufrido una amputación y que tiene una gran relación con el fantasma y la imagen inconsciente del sujeto.

El miembro fantasma es una sensación que presentan los pacientes amputados, dicha sensación provoca dolor, cosquilleo, comezón, en la zona del miembro inexistente. La sensación acotada se produce debido a que el cerebro continúa enviando mensajes al miembro perdido, ya que no ha existido una reconstrucción psíquica y cerebral de las funciones referentes a la parte pérdida. Esta definición plantea la perspectiva neurológica de lo que sucede en las conexiones sinápticas del sujeto en el momento de la amputación. No obstante, pese a que resulta oportuna esta consideración, pondremos el acento en las definiciones del miembro fantasma abordadas por el psicoanálisis.

El miembro fantasma dentro del psicoanálisis se lo visualiza como ese dolor representado por el objeto perdido que no encuentra una razón de ser, el paciente experimenta una cierta alucinación de que el miembro permanece presente, generando un malestar no solo físico sino también psíquico.

La imagen psíquica del brazo amputado ha sido investida tan excesivamente que acaba por ser proyectada fuera del yo y percibida por el sujeto como un brazo alucinado. Su expulsión deja en la psique un orificio aspirante por donde drena la energía del yo hasta su total vaciamiento. Sostenemos que este mecanismo de expulsión de la imagen del objeto perdido y su reaparición en lo real explica la alucinación del miembro fantasma. (Nasio, 2007, pág. 42)

La expulsión de la que habla Nasio en su texto se articula con lo dilucidado anteriormente en la teoría del fantasma, puesto que en el momento de realizarse una amputación, el paciente presenta una castración en su cuerpo que provoca una herida narcisística reaccionando con un vaciamiento del yo, marcando así una similitud con el vaciamiento que hay en la estructura del fantasma.

Las alucinaciones del objeto perdido, se producen por la sobre investidura que se realiza en el objeto perdido, entonces, se producen imágenes, que psíquicamente son extraídas fuera de la estructura del yo y posteriormente convertidas en sensaciones reales y es aquí donde aparece esta representación fantasmal. La misma situación se repite en una persona amputada que considera inconscientemente que su extremidad continúa estando en el mismo sitio de la amputación, como si la amputación no se hubiera realizado. Otra de las postulaciones que el autor Juan D. Nasio remarca en su texto *El Dolor de Amar*, sostiene que: “el fenómeno del miembro fantasma encuentra su explicación no en la simple negación

de la pérdida del objeto sino en la forclusión¹ de la representación mental de ese objeto.”
(Nasio, 2007, pág. 42)

Las alucinaciones correspondientes al miembro faltante más la negación que presenta el sujeto ante la pérdida, hacen que la persona inconscientemente coloque al objeto faltante en el campo de lo real, removiéndolo de los campos imaginario y simbólico donde se mantenía la representación mental del mismo, ocasionando de esta manera dolor y desestructurando su esquema e imagen corporal.

En consecuencia, el dolor y malestar causado por el miembro Fantasma es un malestar que no puede ser expresado por el sujeto a través del lenguaje, lo cual hace que el propio cuerpo se exprese por medio de las sensaciones antes postuladas.

Frente a la amputación, deviene el miembro fantasma debido a que hay una secuela del objeto inexistente, generando un trauma en la persona; provocando un duelo por el objeto perdido basado en la negación, en el cual el sujeto busca mantener vivo aquel miembro que ya no está presente. Las secuelas del miembro fantasma se van a evidenciar en lo real del trauma de cada paciente, en cada sensación, cosquilleo, dolor, entre otros, induciendo a una articulación con la estructura fantasmal del sujeto y su imagen inconsciente instaurada en la construcción yoica de cada uno.

Dolor del miembro fantasma una persona sigue sintiendo un órgano que ha perdido. Afirma entonces que hay una imagen del cuerpo que tiene cierta autonomía respecto del órgano mismo. En el trauma, dice, está implicada la imagen que el sujeto tiene de sí. Se trata entonces de una herida que también afecta su subjetividad. (Salce)

El dolor del miembro fantasma experimentado en cada paciente se encuentra ligado a revivir el trauma generado en la psique al momento de la amputación. Esta castración o herida no solo coloca el trauma en lo real sino que provoca una herida narcisista que afectará la construcción yoica de cada paciente.

1.3 Construcción yoica

*“El yo es al propio tiempo la certeza de ser uno mismo
Y la ignorancia de lo que uno es” (Nasio)*

¹ Forclusión: “el significante que ha sido rechazado del orden simbólico reaparece en lo real, por ejemplo alucinatoriamente. El efecto radical de la forclusión sobre la estructura se da no solo en el cambio de lugar del significante sino también en el estatuto primordial de lo que es excluido: el padre como símbolo o significante del nombre del padre, cuyo significado correlativo es el de la castración. (Chemama, 2010)

El concepto del “yo” fue desarrollado por Freud en la segunda tópica, fue realizada como una diferenciación del ello, siendo además una instancia que se encuentra dentro del registro imaginario, basado en identificaciones y narcisismo como lo menciona Chemama en su diccionario de Psicoanálisis.

Por otro lado, Freud (1923) en su texto *“El yo y el Ello”* da una definición de lo que vendría a ser el yo. Freud lo describe como: “El representante de lo que puede llamarse razón y prudencia, por oposición al ello, que contiene las pasiones” (Freud, 1923, pág. 27). Es de este modo como el yo cumple ciertas funciones por ser una instancia móvil y que además se encuentra en constante reelaboración.

Según Chemama, las funciones del yo son:

Que es capaz de operar la represión, es la sede de la resistencia y por esta misma razón trata de manejar la relación del principio de placer y el principio de realidad; forma parte de la censura, construye medios de protección, es el lugar de pasaje de la libido, conduce las investiduras del objeto y las desinvestaduras del mismo, es la sede de las identificaciones imaginarias y toda sublimación se produce por intermedio del yo. (Chemama, 2010, pág. 701)

El yo es la estructura que organiza la psique, puesto que todo debe pasar a través de él para desarrollarse. Como se mencionó anteriormente, las funciones del yo son las encargadas de reprimir las necesidades del ello y de este modo evitar que el deseo y las necesidades del mismo se apoderen del sujeto.

Al contrario de Freud, Lacan (1949) en su estudio del estadio del espejo, hace referencia a que la imagen especular sirve como formador del yo. Es por esto que a través de la imagen del cuerpo del niño reflejada en el espejo, él se reconoce como un objeto homogéneo y único, lo que provoca una construcción del yo y no del sí mismo como podría llegar a confundirse; Nasio alude que: “el yo es la afirmación simbólica y social de nuestra singularidad, mientras que el sí mismo es la afirmación imaginaria y afectiva de nuestro ser” (Nasio, 2008, pág. 84)

Según la cita de Nasio (2008), el yo constituye lo socialmente aceptado, aquello que es permitido. Es la instancia psíquica en la que el sujeto coloca límites y reprime su deseo. En cambio, el sí mismo se encuentra en el campo de lo imaginario, representa lo que tenemos de nosotros mismos, lo idealizado y es la sede del narcisismo.

Adentrándonos al tema de la construcción yoica, se va a retomar el trabajo de Lacan en el estadio del espejo. Frente a esta postura, se evidencia cómo el sujeto en el reconocimiento de su imagen especular se nombra como yo, poniéndole a su cuerpo un

control, una propiedad. Aportando así al desarrollo del niño y generando en él la diferenciación con el otro.

El estadio del espejo es una fase observable del desarrollo infantil en el transcurso de la cual el niño aún muy pequeño descubre reflejada en un espejo la imagen global de su cuerpo. Es una acepción teórica, el estadio del espejo es un concepto psicoanalítico que da cuenta del nacimiento del yo, de mí y del otro. Por lo tanto, el estadio del espejo es tanto una fase como un concepto. (Nasio, 2008, pág. 84)

El desarrollo del estadio del espejo en muchos sujetos se da a través del juego infantil que realizan los padres con el niño de colocarlo frente al espejo, de nombrarlo, de hacer que él se reconozca como sujeto. Este juego, permitirá que posteriormente se desarrolle la estructura psíquica del niño. Winnicott en su texto “*Realidad y juego*” hace mención al rol que presenta la madre como protagonista del desarrollo y posterior construcción del yo en el niño. “[...] en términos del papel de la madre, es devolver al bebé su persona...podemos aquí incluir los espejos, real que existen en la casa, la oportunidad que tiene, de ver a los padres y a los otros, es mirarse al espejo” (Winnicott, 1971, pág. 188)

Frente a dicho rol materno, al niño se le permite reconocer su yo, su sí mismo, y la relación con el Otro otorgada por esa devolución que se da de la imagen a través del rostro de la madre o del padre que proporcionan una identificación del niño como tal, diferenciándolo de las imágenes y de la construcción yoica de sus padres.

Basta para ello comprender el estadio del espejo como una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen, cuya predestinación a este efecto de fase está suficientemente indicada por el uso, en la teoría, del término antiguo *imago* (Lacan, 1949, pág. 87)

El estadio del espejo provoca un reconocimiento, una formación del yo a través de asumirse como sujeto con las simbolizaciones y la dialéctica impuesta por el otro en este proceso de desarrollo que atraviesa el niño; dada por la identificación completa del sujeto frente al reflejo de la mirada que tiene el niño al comienzo de las distintas partes de su cuerpo para posteriormente observarse y reconocerse como un todo y viceversa (*gestalt*).

Así esta Gestalt, cuya pregnancia debe considerarse como ligada a una especie, aunque su motor sea todavía confundible, por esos dos aspectos de su aparición simboliza permanencia mental del yo (*je*), al mismo tiempo que prefigura su destinación enajenadora; está preñada todavía a las correspondencias que unen al yo a la estatua

en que el hombre se proyecta como a los fantasmas que le dominan. (Lacan, 1949, pág. 88)

Frente al reflejo generado en la superficie del espejo, se crea una imagen especular simbolizada, que produce una permanencia del reconocimiento yoíco. Es importante mencionar que esta imagen va más allá del reflejo en el espejo ya que es una imagen atravesada por los tres registros propuestos en la teoría lacaniana, lo cual hace que el sujeto retome su estructura fantasmal en la cual está inmerso el deseo, que puede ser un deseo propio o que puede estar relacionado al deseo de los otros, aportando así a la construcción del mismo.

Cabe señalar que la imagen especular que se forma en el niño, va más allá del simple reflejo; más bien es un recuerdo que va a quedar instaurado en el niño. La imagen siempre estará complementada con lo que el otro menciona frente al espejo. Silvia Amigo(2001), lo plantea a continuación de la siguiente manera:

Más allá del espejo queda la imagen que fuera donada por el Otro y que el niño va a asumir, como “yo-ideal”. Normalmente habrá una báscula entre el yo especular y el yo auténtico, que permitirá adquirir distancias entre las significaciones del Otro y algún sentimiento de su yo real, ese que lo hará devenir único. (Amigo, 2001, pág. 120) .

Desde los primeros años de vida del sujeto , comenzando por el proceso de gestación en el cual es el otro quien comienza nuestra estructuración psíquica y yoíca originada desde el momento en que se le brinda un nombre al recién nacido, quien se halla atravesado por el deseo de los padres. Es exactamente la misma situación la que se repite en el estadio del espejo, en el momento en que el niño ve su imagen reflejada y atravesada por las diferencias y el deseo que está impuesto y marcado por el otro.

Dentro de la construcción yoíca es necesario analizar la ligadura que tiene con el cuerpo, ya que estas dos instancias se vinculan entre sí . “El yo es sobre todo una esencia-cuerpo; no solo una esencia-superficie, sino, el mismo, la proyección de una superficie.” (Freud, 1923, pág. 27)

Aquí se presenta la relación de la teoría de Freud (1923), con la teoría de Lacan (1949) del estadio del Espejo, en la que se busca dar cuenta de que el cuerpo no solo va a ser el reflejo que el sujeto tiene del espejo, sino que va más allá de esa imagen especular, del reconocimiento de su cuerpo como algo completo y único, a más de ser un cuerpo-

esencia, pues viene cargado de sentimientos, sensaciones, entre otros; que también van a ser controlados y manejados por el yo.

El reconocimiento que se da del cuerpo a través de una superficie especular, es lo que hace que luego si hay una herida en este cuerpo, haya una herida narcisista y produzca un debilitamiento o empobrecimiento del yo, representado en el dolor en el cuerpo del sujeto, manifestado en una intensidad cada vez más fuerte.

Por ello Nasio, en su texto, hace la comparación de que el yo es la imagen del cuerpo en vista de que el mismo se construye a partir de varias imágenes y es fluctuante como el cuerpo; de acuerdo a los distintos estadios por los que pase. Es el yo el que pone a prueba las funciones ya antes señaladas y va ser el espejo de lo que pase en el sujeto.

Se me ocurre en este momento una alegoría para ilustrar la proposición Freudiana de un yo concebido como una superficie que refleja todas nuestras sensaciones corporales. Imagino el yo como una bóveda reflectante, un espejo cóncavo tapizado con una infinidad de imágenes de formas y colores múltiples que continuamente cambian, se combinan y se superponen en nuestra cabeza. Todo se refleja, evanescente, en ese cielo imaginario: nuestras sensaciones, nuestros deseos, nuestros gestos y posturas. (Nasio, 2008, pág. 100)

Es justamente la representación del yo la que nos lleva a afirmar que está ligado con aquella imagen inconsciente que se ve afectada al momento de una lesión, producida en cualquier parte del cuerpo de una persona. El yo es una instancia, que se ha construido por imágenes conscientes e inconscientes, estructuras del fantasma, deseos reprimidos por oposición al ello, y es la instancia que nos mantiene en cambios constantes, en reconstrucción de la estructura psíquica todo el tiempo. En consecuencia, es menester explicar la construcción yoica que afecta a cada sujeto, siendo un proceso que no se da una sola vez, por lo que el yo se reconstruirá de acuerdo a la etapa por la que atraviese el sujeto.

Para finalizar el análisis de la construcción yoica, misma que ha pretendido demostrar la función que tiene el espejo en la construcción del sujeto así como las funciones que posee el yo dentro de la estructuración psíquica del paciente. El yo va a ser una estructura que tendrá cierta relación con el proceso de duelo, a causa de la herida narcisista que se presenta en la estructura yoica en el momento de la pérdida de un miembro o del objeto de amor.

“No hay un yo puro; el yo es siempre resultado de la interpretación personal y afectiva de lo que sentimos y de lo que vemos de nuestro cuerpo” (Nasio, 2008, págs. 57-58)

1.4 Definición de Duelo

“El dolor es un afecto que refleja las variaciones extremas de la tensión inconsciente en la consciencia, variaciones que escapan del principio del placer” (Nasio)

La palabra duelo está muy ligada a la pérdida, a la muerte. En la actualidad es un término muy utilizado en la sociedad para referirse al dolor que presenta una persona cuando ha perdido un objeto o un ser querido. Desde el psicoanálisis también se trabaja el término duelo pero como parte de la libido y las investiduras libidinales que realiza el sujeto en ciertos objetos y personas.

El duelo como lo definió Freud en su texto “Duelo y melancolía” hace referencia a la reacción que tiene el sujeto frente a la pérdida de objeto. En palabras de Freud “el duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (Freud, 1917, pág. 241) .

Por otra parte, Chemama en su definición acerca del duelo sostiene: “el término duelo designa a la vez el hecho de perder a un ser querido y la reacción ante esta pérdida. Dicha reacción se caracteriza por un afecto doloroso, por una suspensión de interés por el exterior, por una inhibición.” (Chemama, 2010, pág. 179)

Frente a estas dos definiciones acerca del duelo, ambos autores trabajan el duelo normal. Ninguno de ellos hace referencias al duelo patológico o no elaborado. Como se puede evidenciar el duelo viene a ser esa reacción de vacío que se da frente a la pérdida del objeto amado y que no puede ser expresado con palabras por el sujeto, posteriormente se verá reflejado en un proceso melancólico o de duelo patológico al no poder romper la investidura libidinal colocada sobre el objeto.

El duelo patológico y la melancolía se articulan con la dificultad que presenta el sujeto para romper la investidura libidinal, generando en él una sensación de pérdida de sentido de la vida, de que todas las actividades a su alrededor ya no tienen una razón de ser. La melancolía fue un término utilizado por Freud con el cual marcó la diferencia con el duelo normal.

La melancolía se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación de interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo (Freud, 1917, pág. 242)

Freud (1917) da cuenta de que la melancolía, tiene su base en lo anímico, generando entonces una perturbación del sentimiento de sí mismo. Situación que provoca una

disminución en la fuerza yoica del sujeto haciendo que deje de reaccionar ante estímulos externos. En el texto “Duelo y Melancolía” se hace referencia a este empobrecimiento yoico. “El melancólico nos muestra algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío, en el melancólico eso ocurre con el yo mismo.” (Freud, 1917, pág. 243).

El proceso melancólico es más complejo debido a que no solo se ve involucrado el mundo exterior sino también el yo, en conjunto con los sentimientos; por lo tanto, el sujeto deja de buscar una salida, se siente desarmado, inútil, hay castigo para el mismo y se suscita un auto rechazo y sentimientos de culpa, puesto que el dolor está enfrascado en la base del sujeto: en su yo.

Algo muy parecido sucede en el duelo patológico, sobre el cual emergen sentimientos de culpa, fijaciones con el objeto, hay un narcisismo herido. Bleichmar (1997) en su texto “Avances en psicoterapia psicoanalítica” trabaja el duelo patológico, pero él lo menciona como un duelo no elaborado, analizándolo desde esa fantasía que presenta el sujeto del “si hubiera...” que hace que se produzca y se mantenga una fijación en el objeto.

Antes de describir el duelo no elaborado; Bleichmar (1997) da una definición de aquello que sucede en la fijación del objeto y lo que pasa con el sujeto. “Nada fija tanto al objeto de amor que ha abandonado al sujeto como el narcisismo herido que obliga a consumir todas la energías en la vigilancia del objeto...” (Bleichmar, 1997, pág. 304) .

Es apartir de la fijación que se da en el objeto, la razón por la cual se complejiza el proceso de duelo en una persona que ha tenido una pérdida. Es a raíz de esta afirmación que se puede trabajar y analizar la melancolia, el duelo patológico o no elaborado ya que la fijación constituirá uno de los factores principales de la estructura de los procesos mencionados en párrafos anteriores.

Es lo que se conoce como duelo no elaborado, en que ante la pérdida en el presente se vuelve a activar el mismo sentimiento de impotencia que se tuvo en el pasado. El sujeto no puede distinguir entre la impotencia real con que en edad temprana sufrió la pérdida de sus objetos significativos- y en únicos desde el punto de vista emocional- y su condición actual en que si existen otros objetos de reemplazo posible. Lo que la pérdida actual reactiva no es la equiparación entre el objeto perdido actual y el del pasado sino entre dos estados del sujeto (Bleichmar, 1997, pág. 305).

En comparación con la melancolía en la que su estructura es netamente anímica, el duelo patológico es el estado por el cual, el sujeto no logra des-investir o remover la fijación colocada en el objeto. Sin embargo, el presente duelo, también se estructura a partir de lo emocional en especial cuando el sujeto revive el dolor pasado. Es como si la herida narcisista saliera del campo de lo simbólico e imaginario para entrar en el campo de lo real y

es justo en este proceso de movilización y de revivir el dolor lo que hace que el sujeto sufra más y haya mayor malestar.

En los casos de amputaciones, muchas veces el duelo patológico se puede evidenciar con mayor facilidad en los dolores que presenta el miembro fantasma, sumado a que su imagen reflejada en el espejo de la herida física hace que el sujeto no pueda quitar la fijación sobre el objeto perdido produciendo así un trabajo de duelo más complicado.

El duelo “normal”, se representa a través de un proceso doloroso por el que pasa toda persona frente a la pérdida de un ser querido o de un objeto de amor. La reacción frente a la pérdida siempre va a ser paralizante para la persona debido a que el afecto doloroso hace que haya una inhibición y negación total del sujeto en desinvertir la fijación del sujeto y elaborarlo.

Hacer un duelo significa, en efecto, desinvertir poco a poco la representación saturada del amado perdido con objeto de hacerla nuevamente conciliable con el conjunto de la red de representaciones del yo. El duelo no es otra cosa que la redistribución muy lenta de la energía psíquica hasta entonces concentrada en una única representación que había llegado a ser dominante y ajena al yo (Nasio, 2007, pág. 38)

De cualquier manera, sea cual sea la pérdida, el sujeto primero debe desinvertir el objeto de amor volviendo a redistribuir la energía por todo su cuerpo y no solo centrándola en ese imaginario del objeto perdido. El sujeto con la redistribución yóica más la construcción del yo presente en el paciente va a realizar su propio proceso de duelo, y de ello dependerá que cada sujeto pueda focalizar nuevas salidas y soluciones frente a la pérdida, logrando salir de este estado doloroso.

Elizabeth Kubler Ross, doctora en medicina y psiquiatra, propuso un modelo de duelo por el que atraviesa todo sujeto ante la pérdida de objeto sea cual fuere la circunstancia. El modelo consta de cinco pasos. El estudio fue realizado con pacientes terminales que estaban en un proceso de duelo; no obstante, se comprobó que son fases que se reproducen en todos los sujetos cuando han sufrido una pérdida. A continuación se dará una breve explicación de cada una de ellas.

La primera etapa es la **NEGACIÓN**: es cuando el sujeto comienza a realizar todas las preguntas relacionadas a lo acontecido pero siempre negándose a aceptar; es la fase en donde el sujeto culpa a los otros por lo sucedido. En esta etapa, a través de responsabilizar a otros se comienza a disminuir el dolor y se crea un mecanismo de defensa para afrontar la situación.

La segunda etapa es la de la **IRA**: en este lapso en cambio la negación es sustituida por rabia, envidia y resentimiento; es considerada como la fase más difícil de afrontar para

los familiares y para las personas que rodean al paciente porque hay mucha frustración, quejas y críticas frente a toda situación en la que tienen que vivir.

La tercera fase es la de **NEGOCIACIÓN**: se busca afrontar la nueva realidad, hace que el sujeto busque una manera distinta de seguir adelante, es el momento en que el paciente busca llegar a un acuerdo tanto con los médicos, como con sus familiares y su alrededor.

La cuarta fase es la de **DEPRESIÓN**: aparece en el momento en que el sujeto ya no puede sostener la negación. Es un estado general, temporario y preparatorio para llegar al momento de aceptación de la realidad. Dentro de esta etapa se busca que el paciente vea el lado positivo de la situación y encuentre una solución para continuar con su vida. Se permite al paciente que haya una plena expresión de sus sentimientos.

La quinta y última fase del duelo es la **ACEPTACIÓN**: se produce en el momento en que el paciente ya ha pasado por todas las fases anteriores, en las cuales ha trabajado su ira, su envidia por los que no sufren, etc. Pese a que no es una etapa feliz, es una etapa que conlleva muchos cambios, y se presenta un estado de mayor tranquilidad para el paciente afrontando su nueva condición.

Podemos agregar que dentro de todo proceso de duelo hay un estado de esperanza de recuperar lo perdido, y en el caso de nuestro estudio, de volver a vivir como lo hacían antes del accidente o de la enfermedad. Cabe recalcar que no todos los pacientes atraviesan por las cinco fases, hay pacientes que se saltan algunas de ellas debido a las herramientas yoicas que se instauraron en su estructura psíquica al momento de la construcción yoica. Por esta razón, es importante que antes de comenzar un proceso de duelo se evalúe en qué etapa se encuentra el paciente, para poder retomar el trabajo del duelo desde aquel punto y así ayudar al sujeto a fortalecer su yo para que su elaboración sea satisfactoria.

Dentro del análisis y abordaje teórico de los tipos de duelo, es importante también mencionar uno que conlleva relación con la investigación planteada en la disertación. El dolor psíquico fue trabajado y analizado por Nasio dando así otra connotación al proceso de duelo que puede estar presente en los sujetos frente a la pérdida del objeto, que en el estudio de las personas con amputaciones estará relacionado con el dolor presente por amputación.

El dolor de amar o el dolor psíquico como lo nombra Nasio en su desarrollo teórico, es el eje fundamental del proceso de duelo en una persona que ha sufrido una amputación; ya que está ligado a la construcción yoica del sujeto y a la imagen inconsciente del sujeto.

El dolor psíquico es el dolor de separación, y con más razón cuando la separación es desgarrador y pérdida de un objeto al que estamos íntimamente ligados- la persona amada, un objeto material, un valor o la integridad de nuestro cuerpo. (Nasio, 2007, pág. 22)

Cabe subrayar que el dolor psíquico al igual que el duelo va más allá de las emociones y sentimientos. El dolor psíquico se ve muy presente en la amputación debido a que siempre hay algo que recuerda al paciente la pérdida, reviviendo en cada momento esa separación de desgarrador, afectando así la integridad del cuerpo del paciente.

Según Nasio el dolor psíquico también: “Es el afecto que expresa el agotamiento de un yo completamente ocupado en atesorar desesperadamente el recuerdo del ser amado perdido” (Nasio, 2007, pág. 37). Por medio de esta concepción podemos evaluar la fijación que se presenta en el sujeto haciendo que el objeto no pueda ser olvidado; es aquí donde también se produce el miembro fantasma por lo que el sujeto está tan focalizado en evitar que este desvanecimiento del recuerdo del objeto perdido sé de, que hace que su cerebro se mantenga en constante actividad enviando mensajes al área afectada. Fenómeno que sucede porque el sujeto no se quiere visualizar en falta.

Al momento en el que el sujeto se encuentra en falta se crean defensas que evitarán el duelo patológico, buscando entonces disminuir el dolor en el sujeto. La persona que ha sufrido una pérdida siempre va a utilizar mecanismos de defensa porque de este modo evita que se produzca una escisión del yo, lo cual ocasionaría mayores problemas en el sujeto, produciendo un estancamiento, sin poder elaborar la pérdida y perfilando así un cuadro más severo.

En suma, el duelo, la melancolía, el duelo patológico solo se expone o se expresa, si el objeto de amor que ha sido elegido tiene una importancia grande para el yo, caso contrario no será apto para darse ninguno de estos tipos de duelo. Además, el dolor psíquico se va a generar con mayor fuerza si el miembro u objeto perdido tienen relación con la imagen inconsciente instaurada en cada sujeto.

1.5 Imagen inconsciente

“Una imagen es siempre el doble de algo”
(Nasio)

La imagen inconsciente es el eje primordial para la estructuración del sujeto; la misma que está muy relacionada con el cuerpo, el esquema corporal y la expresión de las emociones y sentimientos a través de movimientos corporales. Dentro de la psicología y el psicoanálisis se toma en cuenta los movimientos, la posición que tienen los pacientes debido

a que este lenguaje no verbal también nos da una pauta para el análisis en un proceso terapéutico.

Hay autores psicoanalíticos que han realizado estudios en relación al cuerpo, al esquema corporal, a la imagen inconsciente y cómo estos tres factores guardan relación con la parte psíquica y emocional del sujeto. Françoise Dolto, dentro de los estudios y planteamientos, realizó un trabajo acerca del esquema corporal y la imagen inconsciente del cuerpo. En su texto, menciona la relación que hay en estos dos factores y cómo el cuerpo también es lenguaje, lenguaje en el sentido de que es el sitio donde se colocan sentimientos, emociones, simbolizaciones, proyecciones que posteriormente serán donadas al otro para la construcción del yo.

Dentro de su recorrido teórico, Nasio (2008) tomó como base lo trabajado por Dolto (1986) y amplió su trabajo acerca de los distintos tipos de imágenes y cómo ellas son parte fundamental de la estructura psíquica del sujeto. Nasio postula que una de las imágenes bases y primordiales, es la especular que está dada en el estadio del espejo.

La imagen especular es el reflejo en el espejo de forma global de nuestro cuerpo, haciendo abstracción de sus detalles. Esta imagen es una visible que percibimos fuera de nosotros, sin embargo es una imagen falsa por dos razones: la primera es porque solo refleja el aspecto visible del cuerpo y nunca la vida invisible que lo anima y también es falsa porque nuestra imagen del espejo es demasiado afectiva, está demasiado cargada del pasado y de nuestros hábitos; además está demasiado sometida a la mirada crítica del otro interiorizado. (Nasio, 2008, págs. 92-93).

La imagen especular será la primera que se forme en nuestro inconsciente aunque sea una imagen falsa, idealizada de algo en lo cual el sujeto no ha colocado un afecto o emoción, es la primera que ayuda a la persona a reconocerse como ser. El reconocimiento del cuerpo que se da a través de la imagen especular va a ayudar a que el sujeto construya una idea de su esquema corporal, reconozca su sexo, su género y comience a nombrarse como ser único y deseante. El deseo va a estar colocado en el cuerpo, junto con la carga emotiva y la intervención del otro, factores que dan lugar a la formación de la imagen inconsciente.

Dolto, en su libro *“La imagen inconsciente del cuerpo”*; marca la diferencia exacta entre el esquema corporal y *la imagen inconsciente*.

El **esquema corporal** especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, [...] sin él y sin el

soporte que él representa, sería, para siempre un fantasma no comunicable.” (Dolto, 1986, pág. 21) .

El **esquema corporal** es la base de la estructura que todo sujeto posee tanto mujeres como hombres. Es el medio por el cual no diferenciamos en: sexo, género, de los animales, etc.; por medio del cual podemos darle una identidad a los sentimientos, emociones y circunstancias vividas en el día a día.

El **esquema corporal** es el cuerpo en sí, donde colocamos muchas veces el dolor, las alegrías, las angustias, los miedos, las somatizaciones, las enfermedades, entre otros; y será éste el que se vea afectado frente a un proceso de amputación, debido a los cambios que se generan en el mismo, al haber una mutilación de una parte del cuerpo provocando de esta manera el dolor del miembro fantasma.

Por otro lado, en la relación del cuerpo con la psique, se encuentra otro concepto trabajado por Dolto que es la *imagen inconsciente del cuerpo*.

La imagen del cuerpo es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. [...] la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “YO”, antes de que sepa decir “YO”. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual. (Dolto, 1986, pág. 21)

La *imagen inconsciente* se encuentra ligada a la memoria inconsciente que se forma en el sujeto desde los primeros años de vida, desde el primer reconocimiento dado tanto por el estadio del espejo en donde el niño se reconoce como yo, en aquel registro que brinda el otro desde antes de que el sujeto nazca; a partir del momento en que es nombrado y puesto en el lenguaje a través del deseo del Otro. La *imagen inconsciente* además, se estructura en cada vivencia que tenga el sujeto, en el cual el deseo y las emociones son colocados en el cuerpo como forma de expresión del sujeto.

La diferencia entre el **esquema corporal** y la *imagen del cuerpo*, está basada en que el **esquema corporal**, se encuentra en todas las etapas del sujeto además de ser una estructura que es inconsciente, preconscious y consciente. En cambio, la *imagen del cuerpo* es puramente inconsciente, lo que da cuenta de que fue formada a través del lenguaje, recuerdos, vivencias, etc.; entrecruzadas en una relación significativa con el otro.

Aprovechemos a señalar que el esquema corporal, que es abstracción de una vivencia del cuerpo en las tres dimensiones de la realidad, se estructura mediante el aprendizaje y la experiencia, mientras que la imagen del cuerpo se estructura mediante la comunicación entre sujetos y la huella, día tras día memorizada, del gozar frustrado, coartado o prohibido. (Dolto, 1986, pág. 22)

Dolto marca esta diferencia, con el afán de que el lector pueda observar lo que pasa en la construcción de cada uno y que el esquema corporal y la imagen del cuerpo, solo se encuentran ligadas en el sentido de una conexión del cuerpo, pero la *imagen del cuerpo* puede funcionar o estructurarse separada del esquema corporal, ya que éste, solo es el medio de expresión de la imagen corporal.

“La imagen del cuerpo es siempre inconsciente y está constituida por la articulación dinámica de una imagen base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas donde se expresa la tensión de las pulsiones”. (Dolto, 1986, pág. 22).

Merece mencionar que es a través de estas tres imágenes que se estructura y se articula la imagen inconsciente del cuerpo, las cuales van a ser retomadas en un proceso terapéutico de duelo con un paciente que ha sufrido alguna herida física, y que se ha alterado su imagen y esquema corporal.

Nasio en su texto “Mi cuerpo y sus imágenes”, describe las tres imágenes de forma detallada y de la manera que se presentan en los sujetos, es digno de reconocer la base y la importancia que tienen dichas imágenes en la construcción yoica por ser los tres componentes que estructuran de la imagen inconsciente del cuerpo en cada sujeto.

La imagen de base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta. [...] en el período de gestación la imagen base es también la que comunica al feto la impresión de que su cuerpo germinal este contenido en el líquido amniótico del que percibe la densidad y los calores protectores (Nasio, 2008, pág. 27)

En otras palabras, se puede evidenciar que la imagen base es aquella imagen arcaica, primera que se genera en nuestra psique, es la que está presente desde el momento de la gestación. La imagen base será a la cual se recurra en el momento terapéutico para lograr una reestructuración de la imagen inconsciente si es que por cualquier circunstancia se ve afectada o alterada. Será la que sostenga al sujeto y la que se formó a través de la primera relación entre el cuerpo del sujeto con el otro. Por otro lado está la imagen funcional que presenta igual importancia en la construcción de la imagen

inconsciente porque vendrá a ser donde se coloquen todas las emociones, sensaciones y deseos del otro.

La imagen Funcional, es por el contrario, la imagen de la sensación del cuerpo agitado y febril, todo él inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos, un cuerpo al acecho de objetos concretos que puedan saciar sus necesidades y en busca de objetos imaginarios y simbólicos para satisfacer sus deseos. Los objetos concretos y sustanciales, tales como el alimento y los excrementos, que intervienen en el contacto cuerpo a cuerpo entre el niño y la madre y, por el otro, los objetos sutiles, perceptibles a distancia, tales como una mirada tierna, el timbre de voz o el delicado y suave olor de una piel (Nasio, 2008, pág. 28).

Se podría decir que la imagen funcional, es más arcaica, es una imagen que tiene una carga emotiva y en la cual está colocado el deseo. La presente es una imagen más instintiva que está más ligada al Ello que al Yo, pues en ella se colocan todas las necesidades, sensaciones que son puestas en el cuerpo, esta imagen también va a estar construida a través de la presencia del otro. Cabe agregar que puede ser a través de esta imagen en la cual el miembro fantasma aparece y se expresa.

En cambio, “la imagen erógena, por su parte, es la imagen de un cuerpo sentido como orificio entregado al placer, cuyos bordes se contraen y se dilatan al ritmo alternado de la satisfacción y la carencia.” (Nasio, 2008, pág. 28). La presente imagen vendría a ser la más pulsional, aquella que nos coloca en falta, frente al otro y en la cual se genera la herida narcisita, donde el yo se vería afectado, generando así ganancias secundarias en los pacientes que presentan alguna discapacidad física o herida en el cuerpo.

Ponemos el acento en que de las tres imágenes, la más importante, es la imagen base, porque si hay alguna herida en cualquiera de las otras, siempre el sujeto tiende a volver a la imagen base, a causa de que esta le brinda estabilidad y es la que estructuró la psique del sujeto. Además, hace al sujeto conformar su imagen inconsciente del cuerpo. Nasio afirma que para que la imagen se grave en el sujeto esta debe repetirse varias veces.

La condición que debe darse para que una sensación forje una imagen duradera es la repetición. En efecto, para que una sensación deje huella, también es preciso que sea experimentada con frecuencia, que sea percibida reiteradamente y que cada vez este asociada a la presencia tierna, deseante y simbólica de los padres. Solo una sensación reiteradamente experimentada que emane de un cuerpo impregnado de la presencia de la madre- de una madre deseante y deseada por el padre del niño- tendrá la intensidad suficiente para grabar en el inconsciente una imagen neta, vivaz, capaz de influir siempre en el destino del sujeto (Nasio, 2008, pág. 34).

La repetición es siempre una condición que ocurre en el sujeto, no solo para forjar una imagen sino que a través de la repetición el sujeto aprende y se desarrolla. Está se produce por la presencia del otro porque es por medio de la relación con el Otro que se conforma y desarrolla la estructuración tanto de la imagen inconsciente como la construcción yoíca de cada sujeto.

La imagen inconsciente, no solo es una imagen instaurada en el sujeto, por el deseo materno, o por la repetición de sensaciones grabadas, en las que también está en presencia el otro; sino que a su vez la imagen inconsciente es rítmica, en el sentido que está en constante movimiento y cambio dependiendo de las distintas circunstancias por las que tenga que pasar.

En relación a lo trabajado con la imagen inconsciente hay tres principios que la rigen. El primer principio está basado en que la imagen siempre es el doble de algo. El segundo principio es que la imagen puede existir en dos ámbitos o bien en nuestro inconsciente o también puede verse reflejada en algo externo, observable y palpable que en este caso vendría a ser el espejo. Por último, el tercer principio, guarda ligazón con el psicoanálisis en la relación que la imagen mantiene con la carga emocional y fantasmática.

Los principios de la imagen inconsciente son la base de esa estructuración en el sujeto, ya que siempre esta imagen como se menciona es el doble de algo, la primicia vendría a tener relación con lo que siempre el sujeto necesita de Otro o de una imagen observada en el espejo para estructurarse, siempre se da un proceso de repetición, como de imitar lo que hemos visto o aprendido de la relación con el Otro.

Siempre la imagen inconsciente va a promoverse o darse a través del reconocimiento que el sujeto presente de su cuerpo, y esto sucede en el estadio del espejo en donde el sujeto frente al reflejo inconscientemente graba ya una imagen que le pertenece y le identifica a él. Y por último, el sujeto coloca en esta imagen todas las emociones y sentimientos que estén presentes en su vida; y se dice que tiene una figura fantasmática debido al deseo que cada sujeto coloca en su cuerpo además del deseo que es colocado por el Otro primordial.

Partiendo de lo señalado teóricamente, acerca de la imagen inconsciente, podríamos decir en términos psicoanalíticos que la imagen inconsciente, también contribuye a la estructura del yo y está atravesada por la relación con el Otro, con una carga afectiva y deformada por esta figura fantasmal, en concordancia a la referencia de Nasio al resumir los tres principios en la siguiente cita:

La imagen es siempre el doble de algo; la imagen puede imprimirse dentro de nosotros o aparecer fuera de nosotros en un espejo a través de un comportamiento, la imagen es el doble imperfecto y de un objeto que nos importa y por tanto, tiene una carga fantasmática, pues la imagen siempre es el despertar de una protoimagen inconsciente² (Nasio, 2008, pág. 69).

La definición que la imagen siempre es el doble de algo, cobra sentido, en la medida en que nos conduce, a lo que sucede, en el estadio del espejo, por medio del cual, el niño se reconoce, se identifica y a su vez construye su yo; y por otro lado ese doble que hace semblante de la madre o el padre. Y es a través, de esta imagen instaurada inconscientemente, que en el momento, que se produce una falla en la imagen, o en el yo del sujeto, éste puede, volver, a la memoria inconsciente de su imagen y guardada para sí, volviendo a reelaborar y a re-estructurar tanto su imagen, como su yo.

Para finalizar, la concepción de que la imagen inconsciente es el doble de algo nos remite otra vez al estadio del espejo donde el sujeto se reconoce y estructura su yo; además, que para la estructuración de la imagen inconsciente también se ve involucrado el deseo y es aquí donde se construye la estructura fantasmática de la imagen que sostendrá al sujeto y su deseo.

²Protoimagen: es una imagen conservada en la memoria inconsciente y es el prototipo que sirve de modelo para todas las imágenes ulteriores, conscientes o actuadas, de una experiencia semejante. (Nasio, 2008, pág. 70)

CAPÍTULO 2

Dolor frente al miembro perdido por amputación.

La pérdida de un miembro siempre ha ocasionado malestar tanto físico como psicológico para los pacientes que tienen que vivir una situación de esta índole. El proceso de amputación origina varios cambios en el sujeto, provoca muchas veces una desorganización emocional haciendo que la persona se estanque y no pueda continuar con su vida; además la coloca en una condición de discapacidad ante la mirada del otro y la suya propia.

La mayoría de los efectos que genera el miembro fantasma en los sujetos amputados se da a raíz de esta mirada del otro, con relación a su cuerpo mutilado y dependerá del vínculo que forme el paciente con sus familiares así como con la sociedad; para que pueda él mismo enfrentar las adversidades a consecuencia de una amputación, promoviendo a que se elimine el rechazo y la compasión, sentimientos que son comunes entre los pacientes enfrentados a este tipo de discapacidad.

Es importante abordar la relación de la sociedad en torno a la discapacidad, ya que en la actualidad y en la cultura ecuatoriana no se ha logrado una aceptación total a la misma; en consecuencia, las personas que han sufrido amputaciones se sienten muy frustradas y vivencian un rechazo al ser vistas. Cabe aclarar que a partir de la obra realizada por el ex vicepresidente de la república Lenin Moreno, las cosas cambiaron y tomaron otro rumbo en cuanto a la aceptación de la discapacidad en la sociedad.

Moreno creó políticas en las cuales se trabajó temas como: la inclusión, la aceptación y los derechos de las personas con discapacidad, provocando así que esta realidad comience a tener sentido para la sociedad ecuatoriana. Dentro de los logros que tuvo Moreno en su mandato, fue el aporte de herramientas para apoyar a las personas con discapacidad, con casas, sillas de ruedas, prótesis, entre otras; además, les proporcionó un carnet con el que podrían ser acreedores a beneficios de acuerdo a su grado de discapacidad. Sin embargo, actualmente los pacientes discapacitados se quejan de que la obra que inició Moreno ahora está siendo descuidada, complicando la situación de los pacientes con discapacidad.

El reconocimiento del cuerpo también se verá muy involucrado en el proceso psico-social que atraviesa un paciente amputado y será un aspecto importante para la reelaboración de su pérdida en el área psico-emocional.

2.1 Reconocimiento de la marca

“La marca orgánica denuncia lo imperfecto,
Lo castratorio, lo que falta” (Schorn)

El análisis con los pacientes que reflejan una discapacidad física, como son los sujetos con amputación; está ligado a que se dé una aceptación de su nueva imagen y su cuerpo a pesar de la pérdida. Por esta razón, se persigue que el paciente realice el reconocimiento de la marca, que no solo está en el ámbito de lo real sino que también se encuentra en la estructura de lo imaginario y lo simbólico del sujeto.

Con el término marca, nos referimos, tanto a la señal física que se representa en el cuerpo real del paciente amputado, mostrando una imagen del cuerpo mutilado como en esa estructura simbólica de un cuerpo apalabrado pero a raíz de la castración. Cabe agregar, que el trabajo que se realiza con la marca; pasa por los tres registros: lo real, lo simbólico y lo imaginario, ya que dentro de los tres campos hay una adherencia de la marca que viene a estructurar al paciente con discapacidad; provocando que la elaboración de la misma se torne más complicada.

La marca simbólica e imaginaria se origina a través de la mirada del otro, del reconocimiento de la falta, se presenta en el sujeto por medio de la imagen inconsciente del cuerpo; además, del lenguaje y los significantes, que son colocados sobre el objeto perdido. Por otro lado, la marca real es la mutilación en el cuerpo, lo que es visible, aquella señal que recuerda el momento de la castración, ocasionando una discapacidad frente a la mirada del otro. La sociedad coloca una etiqueta de discapacitado o de invalidez a las personas que develan una imagen o esquema corporal distinto al de la mayoría.

La amputación es una imagen dentro del registro de lo real que sitúa en falta al sujeto. Schorn (2005) también refiere acerca de estas señas en el cuerpo de un paciente que pueden llevar al paciente a estadios primarios en los cuales, una imagen puede presentar la falta y generar ansiedad ante la pérdida. “Imagen que da cuenta de las marcas en lo real del cuerpo. Imagen que devela una falla que ante su apariencia deriva en rechazo, en huida para recomponer así el ideal narcisista del género humano. (Schorn, 2005, pág. 178).

Frente a la castración y mutilación del cuerpo surge una imagen nueva, una imagen distorsionada que sale del campo de lo imaginario y simbólico, para entrar en el campo de lo real, mostrando al sujeto la falta y una sensación de falla para el sujeto. La marca que permanece después de la amputación, es la que produce rechazo en el sujeto y lo limita a

aceptar la pérdida; la explicación de esta conducta se traduce en que la señal en el cuerpo está atravesada por una herida narcisista que limita al yo en la elaboración del duelo. El sujeto busca tapar la falta por medio de compensar con algo externo la pérdida, de este modo, se aplaza el proceso de duelo y la aceptación del objeto perdido.

Los sujetos que padecen una mutilación en su cuerpo muchas veces utilizan como mecanismo de defensa la negación, disociando su cuerpo o hablando de él como si en él no existiera ninguna marca, además presentan una idea imaginaria y simbólica de completud. Dolto (1986) hace referencia a este aspecto en su texto *“La imagen Inconsciente del cuerpo”*

Proyecta así una imagen sana del cuerpo, simboliza mediante la palabra y las representaciones gráficas, en el intercambio de sujeto a sujeto. Hablar así de sus deseos con alguien que acepta con el este lenguaje a pesar de la realidad, e la invalidez del cuerpo. (Dolto, 1986, pág. 19)

En el proceso de reconocimiento de la marca es muy importante el registro simbólico, pues gracias al lenguaje, el sujeto puede negarse a una recuperación así como también puede lograr sobrellevar su nueva condición, aceptando de manera sana su pérdida. La primera reacción del paciente amputado será un lenguaje que niegue la falta, sin aceptar la amputación y por ende la marca en su cuerpo. Esto ocurre ya que la negación es un mecanismo de defensa utilizado por el sujeto para disminuir el dolor que le causa la invalidez por amputación.

En un segundo momento del proceso de amputación o de lesión física, el sujeto refiere a su cuerpo como si no hubiese una marca, su lenguaje ante los otros está basado en eliminar la falta; sin embargo, en el reflejo del espejo se mantiene presente; esto sucede porque el sujeto hace una pequeña disociación de su cuerpo en cuanto a su lado completo, con su parte mutilada. El proceso ocurre, porque el paciente convierte al cuerpo en un cuerpo simbolizado, un cuerpo imaginario donde el sujeto mantiene el dominio sobre el mismo como si no existiera ninguna mutilación.

Es merotorio destacar que dentro del trabajo terapéutico se busca que el paciente forme una imagen sana de su cuerpo, pero a través de la aceptación y simbolización de su pérdida, su nueva imagen corporal y no solo que la desplace por medio de la negación. La imagen debe ser aceptada y elaborada en los tres registros para así lograr una buena elaboración del duelo y una reestructuración psíquica y emocional del sujeto. El proceso de transformación, en el cual el paciente acepta su nueva condición, se lo realiza dentro de un espacio terapéutico, lugar propicio para reforzar herramientas yojicas, vínculos, resolver

conflictos y hacer frente a la sociedad para evitar que el sujeto se sienta discriminado por su condición actual. Es trascendental considerar que a los pacientes amputados les cuesta más de lo normal aceptar la invalidez de su cuerpo a razón de que la ruptura de su imagen fue muy abrupta, al igual que la castración de su cuerpo real.

Dentro del reconocimiento de la marca, el paciente amputado realiza un trabajo para dejar de fijar la idea de la amputación como una mutilación que por consiguiente no tiene una solución; en términos físicos de reconstrucción de la pérdida no tiene cabida; pero en términos simbólicos sí existe una reorganización tanto de la imagen del cuerpo como del esquema corporal, tomando en cuenta además los instrumentos de movilidad que vienen a suplir el miembro perdido como es el caso de las prótesis. Dolto y Nasio, en su texto referente a la imagen inconsciente, el espejo y la relación con el cuerpo destacan: “la castración no como una mutilación del código de la imagen inconsciente del cuerpo, sino por el contrario como una prueba que se atraviesa y se supera.” (Dolto F. y., 2012, pág. 43).

Es exactamente en el momento en el que el sujeto reconoce la marca y la acepta, cuando sucede la idea de que la castración en su imagen inconsciente no es una mutilación sino más bien que se la debe interpretar como un cambio, como una reorganización que debe hacer el sujeto, tanto de su yo, como de su esquema corporal e imagen inconsciente en relación a un cuerpo que ha cambiado y que ahora refleja otro lenguaje que podrá ser aceptado por el otro, solo si es que el propio paciente ha podido asumir su discapacidad.

El esquema corporal, que viene a representar el lenguaje del cuerpo también tiene su afección frente a la amputación; también viene a ser lo que se muestra a los demás y nos enfrenta al otro y a la falta. “Será justamente en este campo el que funde a un sujeto, que más allá de sus limitaciones vinculadas al esquema corporal dañado, permitiría la conformación de una imagen del cuerpo habilitante, fantasmaticada, en un orden diferente, donde su funcionalidad no corresponderá necesariamente con la realidad biológica del niño” (Schorn, 2005, pág. 183)

Ambos, esquema corporal e imagen inconsciente del cuerpo, se presentan como dañados o rotos frente a la amputación; por un lado y por otro, puede producir un giro si así la sociedad lo permite. El paciente amputado es capaz de concebir una nueva imagen de su cuerpo simbolizándolo e idealizándolo como útil, lo que servirá para mejorar su situación psíquica alrededor de la pérdida del objeto, volviendo a atravesar una estructura fantasmal y fantasmaticada de una imagen que recubriría la falta.

En la actualidad, es tan importante el cuerpo y el aspecto físico de la persona para ser aceptada en la sociedad que hasta las relaciones de pareja se ven confrontadas a este ideal de “belleza física” provocando así que el sujeto que posee alguna discapacidad física genere un rechazo a la situación por la cual está viviendo. Niega entonces su nuevo esquema corporal y siente que su nueva imagen lo coloca fuera del “patrón” establecido. Estas actitudes se ven relacionadas al rechazo que tiene la sociedad al reconocer un cuerpo que evidencia una señal física distinta y que en consecuencia lo sitúa en falta.

“Vivimos tan pendientes de la apariencia que damos, que en general, la percepción profunda localizada en la imagen del cuerpo- que no se ve- permanece denegada por la imagen del espejo” (Dolto F. y., 2012, pág. 61). La imagen reflejada en el espejo, esa imagen especular de la que se habló en el capítulo anterior se ve afectada por el otro, porque el sujeto busca encajar en la sociedad y evitar sentirse desplazado por una imagen errónea de sí mismo. Los pacientes amputados deniegan la imagen en el espejo porque es una imagen frustrante, es una imagen castrante que reafirma al sujeto como distinto ante la mirada del otro, y sobre todo es una imagen que moviliza toda la construcción psíquica y de identidad del sujeto.

El paciente rechaza la nueva condición a la que está sometido debido a que es el lenguaje de la sociedad y de su entorno, el que lo limita y ubica en una situación de discapacidad, y provoca que el paciente quiera ocultar la marca impregnada en su cuerpo frente a la amputación para evitar los comentarios impropios de la sociedad; así como los criterios vertidos por la familia para mantener un estatus e imagen social.

La pérdida de objeto y el reconocimiento originado por la amputación muchas veces produce sentimientos encontrados en el paciente, en relación a lo que sucede con su cuerpo, con su nueva imagen y con la constante preocupación del “qué dirán” de la sociedad, induciendo a una preocupación excesiva y negación al mismo tiempo de su condición por un lado y ambivalencia en los sentimientos y emociones por otro. Factor que viene a agravar la crisis del paciente.

2.2 Pérdida de objeto, ambivalencia afectiva

El momento en que se realiza una amputación en el sujeto a causa de una enfermedad o un accidente traumático deviene la pérdida de objeto, en esta pérdida, el sujeto experimenta varias emociones que lo envuelven en una nube de malestar y ambivalencia afectiva, donde el sujeto ama y odia al mismo tiempo la marca que le ocasiona dificultades en el diario vivir como ser independiente donde las diferencias frente a la mirada

del otro cobran un gran tamaño. Circunstancia que el sujeto no puede manejar y no sabe cómo reaccionar ante una imagen cortada, diferente y hasta a veces abominable, que además devela la falta y los miedos e inseguridades ya establecidas previamente en la estructuración psíquica del sujeto.

Chemama (2010) definió a la ambivalencia como: “Disposición psíquica de un sujeto que experimenta o manifiesta simultáneamente dos sentimientos, dos actitudes opuestas hacia un mismo objeto, hacia una misma situación.” (Chemama, 2010, pág. 29) . El sentimiento de pérdida, no solo en relación al miembro faltante, sino de pérdida de control sobre su cuerpo y sobre la imagen que obtiene en torno a la mirada del otro; por lo mismo el sujeto desarrolla sentimientos encontrados, develando una ambivalencia afectiva que deberá ser trabajada en el espacio terapéutico, espacio adecuado para la aceptar su amputación. Los pacientes amputados demuestran una dualidad amor- odio hacia el miembro inexistente, acontecimiento cargado de culpa tanto para los sujetos como para los familiares, enlazado a sentimientos como de ira, frustración y vergüenza.

La ambivalencia afectiva también forma parte de los vínculos familiares y sociales, ya que el paciente exhibe esta dualidad de sentimientos alrededor de las personas que lo cuidan y que luchan junto a él para acoplarse a la pérdida. En varias ocasiones los familiares resultan estar más angustiados con la condición del paciente, pero también les agobia la imagen que muestra hacia la sociedad, preocupándoles el qué dirán. Sin dar más peso a la posición del dolor o desazón que el paciente tiene que enfrentar y es por esto que muchas familias prefieren ocultar al paciente con discapacidad.

En momentos de crisis o en los cuales el sujeto experimente una situación de peligro, siempre tiende a volver a estadios preliminares o bases para poder encontrar la manera de resolver aquello por lo que está padeciendo actualmente. En consecuencia, al sentirse mutilado y mirarse en una condición de discapacidad, el sujeto refleja otra vez la primera ambivalencia que surge cuando surge la dualidad con el “pecho bueno” y “pecho malo” del que habló Melanie Klein en su teoría. Dicha ambivalencia estaba presente en el niño, explica Melanie Klein porque hay un pecho que lo gratifica y otro que lo frustra.

La misma situación se repite en el proceso por el que encara el paciente amputado, puesto que deviene la ansiedad ante la pérdida; por consiguiente, el sujeto proyecta la ambivalencia afectiva por el objeto perdido, que más que gratificarlo lo frustra y aparecen sentimientos de impotencia y es aquí donde deviene el miembro fantasma. Sin embargo, hay

algunos casos que logran una buena aceptación de la amputación y así los sentimientos no confrontarán tantos desencuentros.

Ante la pérdida de objeto, el sujeto comienza un proceso de acercamiento de la realidad en la cual cae en un desmoronamiento emocional, que posteriormente por medio de un proceso de negación se dará apertura a la ambivalencia afectiva, donde el sujeto tendrá conductas y comportamientos contrarios a los que ya había exteriorizado, estos comportamientos recubrirán de amor y odio a su muñón, como también escenificará conductas de autocompasión hacia sí mismo.

En la ambivalencia y la pérdida de objeto, el sujeto siempre va a querer buscar justicia con algo relacionado para poder disminuir la ansiedad que le causó la pérdida. A raíz de la ansiedad y angustia que le proporciona la amputación y la posterior condición de discapacidad, el paciente incrementa actitudes y cuestionamientos acerca de su nueva condición física y se empieza a preocupar por su porvenir.

Una forma de manifestar ese anhelo de justicia vindicativa es a través de la tiranización con que trata y se dirige hacia los que le rodean, exigencia de atención, cuidados y todo tipo de satisfacciones. Exigencias incluso de compensaciones económico-sociales que alientan acciones paranoides, querulencias incluso por vía jurídica, así como manifestaciones de sinestrosis de cara a la obtención de un beneficio económico secundario. Esta respuesta paranoide junto a la victimización personal conlleva una entronización tanto física como mental ya que se bloquean las posibilidades tanto de recuperación física como de avanzar en la elaboración del duelo, que permitiría desplegar las restantes capacidades funcionales de formas más satisfactorias para su autonomía en un futuro. (Lilo, 2000)

En las conductas citadas anteriormente, el sujeto también evidenciará su ambivalencia afectiva mostrando al otro sentimientos contrarios originados por su nueva condición. El paciente buscará traspasar la ambivalencia a otras figuras de su familia o de su entorno social para así disminuir la angustia acaecida por la pérdida del miembro.

Para finalizar, la ambivalencia afectiva y la pérdida del objeto están ligadas a algunas de la problemáticas desarrolladas previa y posteriormente en la disertación. Cabe recalcar que la pérdida de objeto, así como la ambivalencia afectiva dentro del proceso de amputación, cumple un papel preponderante en la posterior reconstrucción psíquica del sujeto, procesos que se encuentran ligados a la angustia que causa la mutilación en el cuerpo y en la posterior aceptación de la misma.

2.3 Angustia frente a la discapacidad

El término angustia es utilizado en la actualidad para expresar estados o situaciones en las que un sujeto no es capaz de apalabrarlos; sin embargo, es un concepto que no siempre está bien manejado por la sociedad. La angustia es: “afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en un lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar.” (Chemama, 2010, pág. 36).

La angustia como concepto se traduce en cada situación que el sujeto debe sobrellevar ante algo sorpresivo que no puede manejar, en especial cuando hay presencia de un trauma o de algo que ha causado una herida narcisista, donde surge una situación de peligro o displacer. La angustia en los casos de amputaciones se exhibe de diversas maneras; sobre todo en estos casos en los que los sujetos tan solo con mirar se angustian y recuerdan esta ruptura abrupta inscrita en el cuerpo.

La angustia se presenta en el sujeto en varias etapas, pero Freud trabajó los dos niveles más importantes que son cuando por primera vez acontece la angustia en el sujeto. La primera es la angustia originaria, y la segunda es la angustia de castración, las dos serán explicadas a continuación:

En el primero, es un afecto entre sensación y sentimiento, una reacción ante una pérdida, a una separación. Es esta parte de la angustia, que Freud califica como *originaria*, la que sería producida por un estado de desamparo psíquico del lactante separado de la madre, que satisface todas sus necesidades sin demoras. (Chemama, 2010, pág. 37)

El aparecimiento de la angustia, siempre está relacionado con la pérdida de algo en primera instancia, muestra la angustia generada en la separación madre- hijo, cuando el niño siente que fue abandonado y que su madre ya no va a estar presente para satisfacer sus necesidades, es una especie de castración simbólica la que existe aquí debido a que la madre se separa del hijo, permitiendo así estructurarse y desarrollarse solo.

En el segundo, la angustia es el afecto señal, como reacción al peligro de la castración en un tiempo en que el yo de sujeto intenta sustraerse de la hostilidad del su superyó. (...) Así para Freud, la irrupción de la angustia en un sujeto siempre articulable a la pérdida de un objeto fuertemente investido, ya se trate de la madre o del falo (Chemama, 2010, pág. 37).

Por otro lado, aparece el segundo momento de angustia en un sujeto, en la fase fálica, frente al miedo a la castración del falo, lo cual posee cierta relación con lo que sucede en los pacientes amputados ya que se da una regresión a esta fase y al miedo que provoca la castración en el cuerpo. Dentro del estudio realizado en la disertación se pudo verificar en

pacientes con amputación de pierna que sentían “como si” les hubiesen cortado el falo. Para ellos simbólicamente la pierna tenía la misma importancia y significado que el falo; por esta razón sentían que perdían su masculinidad y que ya nadie los iba a querer porque ya no tenían qué ofrecer al otro. Los dos momentos citados anteriormente en cuanto al establecimiento de la angustia se verán reflejados en muchos de los estadios o procesos por los cuales atraviese el paciente amputado.

Freud, trabajó el término angustia en varios de sus tomos, y esto lo desarrolló a raíz de la presencia de los momentos en los que el sujeto experimentó angustia en épocas tempranas. En la conferencia 32, menciona algunos tipos de angustias que se las verán brevemente para dar un recorrido de aquellas involucradas en los casos de amputaciones.

La angustia es como estado afectivo la reproducción de un antiguo evento peligroso; la angustia está al servicio de la auto conservación y es una señal de un nuevo peligro; se genera a partir de una libido que de algún modo se ha vuelto inaplicable; lo hace también a raíz del proceso de la represión; la formación del síntoma la revela, la liga psíquicamente, por así decir; se siente que aquí falta algo que unifique los fragmentos. (Freud, pág. 78)

Es evidente que el paciente que revela un cuadro angustioso, es porque ha revivido un momento traumático o de peligro, es por eso que aparece la angustia para contrarrestar este sentimiento inexpresable para el sujeto amputado, el momento en el que se le pregunta acerca del accidente o en situaciones en las que su nueva imagen es juzgada o criticada por la sociedad. La angustia de castración genera represión y este es uno de los factores base en la estructura de un paciente amputado, ellos reprimen todo recuerdo con el afán de que su dolor psíquico sea mitigado.

Por otro lado, está la angustia automática que según Laplanche es: “La reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar.” (Laplanche, 1996, pág. 27)

Este tipo de angustia guarda bastante relación con la angustia que ocurre con los pacientes amputados, pues los sujetos reviven día a día los sentimientos vertidos al momento del accidente y la afectación que este produjo en ellos; el estado angustioso retorna en el momento en que son enfrentados a situaciones que evoquen o traigan algún recuerdo de su momento traumático por el cual luego tuvieron que ser amputados.

Además, es una angustia que se forja debido a la pérdida de control que tiene el sujeto en relación a su cuerpo, el amputado pierde control de sus movimientos y vuelve a reconstruirlos o recuperar ese movimiento al momento de utilizar una prótesis, ya que en lo real la prótesis vendría a ser la herramienta para que ellos vuelvan a realizar actividades que sin la prótesis no podían hacerlas; no obstante, es pertinente mencionar que en las amputaciones totales de brazo, la prótesis solo es estética, no tiene ninguna otra función en el registro de lo real. Vale la pena aclarar que por ser estético tiene valor para el sujeto amputado pues bien a suplir el lugar del miembro faltante.

La angustia no solo se acentúa en el paciente, sino que en varias ocasiones también recae en el grupo familiar, en esa imposibilidad de expresar lo que les produce la nueva condición. Este afecto inexpressable por el sujeto, también se torna inexpressable por la familia, ya que el entorno familiar se desespera por ayudar al paciente y evitarle el sufrimiento.

Se dice que el deseo, la necesidad y la angustia del Otro son aquellos sentimientos, estructuras o afectos que más afligen al amputado. Los padres de pacientes que han sufrido una amputación son los que más angustia generan ya que no saben cómo manejar la situación y muchas veces esto provoca incomodidad en el sujeto. Además, la angustia guarda cierta relación con la estructura yoíca puesto que el yo tiene a huir en momentos de angustia.

2.4 Dolor psíquico por construcción yoica en la amputación

“La persona amada es tan esencial para el yo como
una pierna o un brazo. Su desaparición es tan indignante
que el yo renuncia al ser amado dándole forma de aparecido.”
(Nasio)

Frente a la amputación devienen muchos aspectos importantes que están en relación al sujeto y a su estructura. Uno de estos aspectos está relacionado con el dolor psíquico que se abordó en el primer capítulo, además de conjugarlo con la construcción yoica que debe reestructurarse frente a la pérdida de un miembro.

(...) Entre el cuerpo y la psique, en el límite entre el funcionamiento normal del psiquismo y el psiquismo patológico; en el límite entre el yo y el mundo exterior; y por último, en el límite

entre el yo y el otro. En suma, el dolor es un fenómeno de límite, un afecto-límite. Lo que quiero decir con esto es que el dolor es, de todos los afectos, no solo el más difícil de comprender, sino también el que se halla más en el límite del funcionamiento normal del yo. (Nasio, 2007, pág. 90)

Referimos, que el dolor es un afecto de límite, la amputación también lo es y el dolor por la amputación se convierte en un limitante para el paciente, porque lo paraliza, evita que él continúe con su vida de acuerdo a las metas, deseos y necesidades que tenía previo al accidente o la enfermedad. Entonces se podría decir que, el dolor y la castración en el cuerpo guardan están articulados y son estructurados por el yo.

“Entonces ocurre que el accidente externo rompe el límite y desencadena un fenómeno energético de entrada masiva de energía por esta abertura, una entrada que irrumpirá en el seno del yo como una tromba de agua y que sumergirá no al cuerpo, sino al yo” (Nasio, 2007, pág. 97). Por medio de este sumergimiento del yo, el paciente no tiene fortalezas yoicas ni herramientas para afrontar la pérdida impidiendo que el sujeto posea algo que lo estructure, algo que lo ayude a volver a aceptar esa nueva imagen, ese nuevo cuerpo mutilado y que recuerda todos los días el accidente por su marca en lo real.

La castración en el cuerpo va a ser la ruptura de límites y de control que más va a repercutir en el sujeto, ya que al romper los límites, el sujeto también genera una desestructuración psíquica, marcada por un sentimiento de pérdida de control de algo que le pertenecía; de algo que durante su desarrollo él estructuró y lo manejó y que de un momento a otro se da por la castración del cuerpo tanto en lo real como en lo simbólico proporcionando una desorganización yoica, frente a una imagen y esquema corporal mutilada.

Precisemos primero que el yo funciona como un espejo psíquico compuesto por una miríada de imágenes, cada una de las cuales refleja una parte de nuestro cuerpo o un aspecto de los seres o de las cosas a las cuales estamos apegados afectivamente. (Nasio, 2007, pág. 41)

En el momento en que el yo está funcionando como un espejo psíquico en el cual el sujeto comienza a observar y reconocer su cuerpo, es en ese momento que al haber una marca, una castración en el cuerpo, este espejo psíquico va a tener que rectificarse, que modificarse para que el sujeto pueda aceptar su pérdida, ya que ahora las imágenes del cuerpo del sujeto se ven cortadas, mutiladas, se ven en partes y no como un todo.

El sujeto va a realizar esta misma disociación de su cuerpo en el registro de lo simbólico, en el discurso que utilizará para referirse a su cuerpo, debido a que siente que la

parte amputada ya no le pertenece, además que el paciente ya no va a lograr una identificación con una imagen de un cuerpo mutilado; lo que ocasiona que la aceptación de la parte pérdida sea más compleja y tome más tiempo.

Cuando se presenta la pérdida de algún miembro, el yo busca realizar alguna acción para compensarla, el yo persigue catectizar³ la imagen de la parte pérdida aunque casi siempre esta acción produzca dolor. Sin embargo, dicho padecimiento es transformado el momento en que se presenta una sobre investidura de la imagen del objeto perdido provocando así la alucinación del mismo.

“En realidad estamos describiendo la misma crispación⁴ defensiva del yo que interviene en la génesis del dolor físico (el dolor de reaccionar), cuando toda la energía psíquica se concentra en la representación mental de la herida corporal.” (Nasio, 2007, pág. 36). El yo está completamente ocupado en mantener viva la imagen del objeto perdido, buscando compensar su ausencia agrandando la imagen del mismo o generando sensaciones sobre este.

Por consiguiente, en las personas amputadas, el dolor psíquico siempre aparece con las manifestaciones del miembro fantasma, ya que el sujeto continúa sintiendo al miembro perdido y el cerebro emana mensajes a esa área para no testificar que hubo una ruptura en el cuerpo, a pesar de que se revela una marca en lo real del cuerpo.

La construcción del yo en las amputaciones se halla ligada a esta sobre investidura que se realiza sobre el objeto perdido, una pierna o un brazo, el sujeto busca compensar con otras actividades o por medio de una prótesis, la pérdida del objeto. Muchas veces la utilización de una prótesis beneficia en algunos aspectos al sujeto porque crea esta imagen de completud y compensa la falta.

Los pacientes que no han podido aceptar su pérdida y ni con la prótesis logran disminuir el sufrimiento que causado por la amputación, esto se podría explicar por las ganancias secundarias que pueden darse frente a una condición de discapacidad con relación a su familia y al entorno próximo del paciente, por lo mismo es de suma importancia el papel que desarrolle tanto la familia como la sociedad en el proceso de amputación del paciente.

³ Catexis: concepto económico, la catexis hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etcétera. (Laplanche, 1996, pág. 49)

⁴ Crispación: “ Contracción repentina de un musculo” “irritación y exasperación” (<http://www.wordreference.com/definicion/crispaci%C3%B3n>)

2.5 El otro frente a la discapacidad

Desde comienzos de la estructuración del sujeto siempre es necesaria e indispensable la presencia y mirada del otro con el fin de hacer que el niño se estructure. Esta presencia o mirada del otro se da desde el instante en que el niño nace, ya que es aquí cuando los padres lo instauran en el lenguaje, en la cultura y lo ubican en el deseo.

En el momento de enfrentar una discapacidad física, el otro cumple un papel fundamental para la recuperación del paciente y para evitar que haya un estancamiento en el proceso de duelo y posterior reconstrucción de la imagen inconsciente y del yo frente a la discapacidad.

Desde que nuestras miradas se encuentran, siento de inmediato, confusamente, la imagen que el otro se ha forjado de mí. Mientras que delante de un espejo percibo el reflejo de mi apariencia ante el rostro que miro y que me mira descubro lo que soy para el otro. (Nasio, 2008, pág. 137).

El sujeto no se reconoce, no reconoce su falta y la pérdida de su miembro si no hay otro en quien reflejarse y compararse, además no puede nombrarse si no hay otro que lo instaure en el lenguaje, que lo poetice. No se construye si no hay otro que lo esculpa, a todo esto se le suma el hecho de que el paciente se reconozca como único frente al espejo; y al mismo tiempo va a estar atravesado por el deseo del otro.

Aquí también, se trasluce la constante preocupación del sujeto por su imagen física. De igual modo, la sociedad también se preocupa por este ideal de imagen perfecta o estándar de belleza, lo que provoca que el sujeto reconozca su falta y además perciba que el otro lo coloca en una posición de inferioridad.

Es importante recalcar que en el hecho de una discapacidad repentina como lo es una amputación, el sujeto entra en una fase de desvalimiento en la que necesita y depende del otro, hasta poco a poco desarrollar sus propias estrategias para encarar su adversidad. El sujeto muestra un empobrecimiento del yo en lo real y concreto, impidiéndole evaluar metas u objetivos que pudiera alcanzar. De este modo se produce un estancamiento en una zona de confort en que es atendido, cuidado y mimado

Dentro del análisis del paciente, en relación a la sociedad y su familia, se debe investigar su historia o novela familiar, la constitución de la pareja, la forma de afrontar conflictos que tiene el paciente; todo esto va a ayudar a que él, dentro del proceso de amputación sea capaz de reconocer con qué recursos cuenta, qué fortalezas y/oicas tiene

para sobrellevar la pérdida; si a su alrededor cuenta con figuras significativas que promuevan continuar con su vida. Dentro de este estudio, también hay que evaluar si el paciente con su discapacidad encuentra alguna ganancia secundaria tanto con su familia como con la sociedad que lo rodea.

Lo valorado, lo rechazado en torno al propio cuerpo es el resultado de las experiencias vividas en la trama vincular establecida con estas figuras, que aceptarán o rechazaran ciertos rasgos del cuerpo del niño (...) condicionarán su imagen corporal y sus reacciones de orgullo, vergüenza, rechazo con relación a si mismo. (Nuñez, 2007, pág. 123)

El cuerpo al ser discapacitado, al haber una marca en él, es imposibilitado de ser mirado como completo, más bien la familia y la sociedad se basan en la marca corporal y simbólica y es a esta a la que le prestan voz y mirada. Esto será fundamental en el vínculo familiar que presente el paciente amputado; el lenguaje que va a atravesar a estos pacientes será un discurso ya preconcebido y estructurado de aquello que es socialmente aceptado, no de aquella imagen y esquema corporal nuevo.

Según estudios realizados acerca del afrontamiento de la discapacidad en la escena familiar se ha llegado a descubrir que las personas de clase socio económica baja, tienen mayor facilidad para encarar la discapacidad que las personas con una condición socio-económica media o alta, situación que también fue comprobada dentro del estudio de la presente disertación.

Urbano y Yuni (2008), en su texto *La discapacidad en la escena familiar* hace un breve análisis comparativo de estas dos clases sociales y cómo se da el proceso de afrontamiento de la pérdida y de la discapacidad física de un hijo o de alguien en la familia.

Los sistemas familiares de clase baja, evidencian menor frustración por la pérdida del hijo soñado y su tiempo de resolución de la crisis es menor pues miran a su hijo tal cual se presenta. No se problematizan por la vergüenza y el estigma social que podrían atribuirle a los déficits del hijo e intentan ubicar su energía en la consecución de metas económicas que le permitan afrontar los costos de un tratamiento. No obstante, para sostener los cuidados del integrante con discapacidad apelan a la red social del propio sistema familiar; por lo cual manifiestan mayor estrés debido a las cargas que demandan los cuidados. (Urbano, 2008, pág. 154)

Cuando hay un integrante de la familia con discapacidad física, perteneciente a un grupo familiar de clase baja, se busca una reorganización de roles para brindar la mejor atención al paciente. Por otro lado, al no disponer de recursos económicos para enfrentar la incorporación de un tercero inhabilitado, la familia desarrolla técnicas de autoabastecimiento

para solventar los gastos del paciente, al inicio será motivo de malestar y estrés en la familia y amigos pero a la postre, será bien manejado. Conjuntamente habrá una mayor aceptación e inclusión de su hijo o familiar en la sociedad.

Por otro lado, Urbano y Yuni hacen referencia al grupo social medio y alto, en el que se develan rasgos significativamente más importantes del modo de asumir la pérdida y el rechazo que muchas veces esta puede ocasionar en el entorno familiar, debido a que se enfocan más en la mirada y crítica del otro (sociedad).

Los sistemas familiares pertenecientes a estratos económicos- culturales de clase media y alta, evidencian la presencia de duelos más complicados (...) estos sistemas deben realizar un arduo trabajo para elaborar la frustración por la pérdida del hijo sano y para ubicar en la vida cotidiana las capacidades diferentes de este hijo. Dadas las condiciones simbólicas y materiales que poseen, estos sistemas familiares se encuentran sometidos a las presiones de un medio social en el que es necesario desplegar atributos como el éxito, la estética, el poder y la inteligencia. Ubicar a los déficits de quien los padece fuera del estigma social les demanda un esfuerzo que es proporcional al monto de vergüenza y culpa que les genera la mirada social sobre el hijo con discapacidad. (Urbano, 2008, págs. 154- 155)

Cabe recalcar que lo expuesto con anterioridad, suele pasar muy a menudo, ya que las familias pertenecientes al estrato socio-económico alto siempre están más pendientes de una imagen, de algo que los identifique, de un qué dirán del otro, más no buscan muchas veces el bienestar del paciente. En consecuencia, el paciente también se siente angustiado por su condición actual provocando un rechazo hacia la sociedad misma. Los padres juegan un papel preponderante en el proceso de duelo y de aceptación de la pérdida, puesto que si ellos proporcionan una imagen de rechazo hacia el paciente, él depositará la misma imagen en su cuerpo, odiándola o negándola, lo que convierte en una mayor dificultad para poder reinsertarse en la sociedad; buscando esconderse ante la misma.

Ante la pérdida pueden surgir sentimientos de culpa, de vergüenza de mostrar el muñón a los ojos de los demás, lo que lleva a ocultarlo, disimulándolo en una amplia variedad de modos. Dependiendo del grado de importancia de la identificación narcisista con el propio esquema corporal, variará la conducta hacia aquella parte del cuerpo que el muñón pone en evidencia, puede suscitarse rabia y odio. (Lilo, 2000)

Los sentimientos ya expuestos estarán supeditados a la reacción que tenga el paciente en relación a la pérdida y al trauma que le produjo el accidente, motivo de su amputación. Esto guardará relación con la manera en que la sociedad y la familia se ubiquen frente al paciente con discapacidad para prevenir conductas auto punitivas buscando redimirlas con ganancias secundarias referentes a su condición actual.

Para finalizar, es importante aclarar que el cuerpo no olvida, en él se guardarán todas las vivencias y experiencias donde se reflejó el amor o el rechazo, la aceptación o la lejanía y también será donde se depositen las ausencias o presencias de sus padres o grupo familiar, en especial de la madre. El otro ante la discapacidad puede ser un destructor de la reorganización psíquica del sujeto, desmoronándolo y limitándolo a un cuerpo sin funcionalidad y con el cual el paciente no podría hacer nada, o bien pudiese ser el vehículo reorganizador de nuevos horizontes del paciente amputado, facilitando la aceptación de su nueva imagen.

Capítulo III:

Análisis de los efectos del miembro fantasma en 4 casos.

El estudio se llevó a cabo con pacientes en proceso de recibir una prótesis y pacientes con prótesis ya adaptadas, del área de laboratorio de ortesis y prótesis de la Fundación Hermano Miguel en Quito, en los meses de junio a noviembre del 2013. Para la obtención de los cuatro casos de la disertación se realizó un voluntariado en la institución, lo que posibilitó un acercamiento hacia la mayoría de pacientes que reciben asistencia, y que provienen de distintas provincias y acuden a la institución.

La investigación tuvo lugar con alrededor de 50 pacientes en proceso de obtener una prótesis, de los cuales se escogieron cuatro casos, por residir en la ciudad de Quito. Los sujetos accedieron a la investigación de manera voluntaria. Cabe mencionar que a algunos de ellos se les sugirió extender y realizar un proceso terapéutico debido a su estado emocional, pero en la presente disertación solo se incluyen las entrevistas y las sesiones terapéuticas correspondientes al estudio del miembro fantasma.

Con los cuatro casos seleccionados dentro de todos los pacientes entrevistados se realizó un trabajo de acompañamiento alrededor de 6 sesiones terapéuticas en las que se trabajó el miembro fantasma, buscando analizar y desmitificar o verificar la hipótesis y los indicadores planteados al comienzo de la investigación; además de resolver la pregunta que guió dicho estudio.

¿Qué ocurre con la imagen inconsciente, la construcción yoica del sujeto y el proceso del duelo cuando hay una irrupción brusca en el cuerpo?

- **Hipótesis:** Los efectos psíquicos del miembro fantasma se manifiestan a través de los cambios en la construcción yoica e imagen inconsciente de los pacientes que han sufrido amputación generando manifestaciones de no aceptación frente a la marca.
- **Variables:** 1.- Manifestaciones de negación
2.- Imagen inconsciente distorsionada y no aceptada
- **Indicadores:** 1.- Manifestaciones de negación:
 - Discurso
 - Búsqueda de hacer lo mismo que hacía antes.
 - Pensamientos de que ellos pueden seguir haciéndolo solos2.- Imagen Inconsciente distorsionada y no aceptada:
 - Sensación de completud a través del discurso

- Negación frente al reconocimiento de la marca

La Fundación Hermano Miguel:

“Es una organización no gubernamental sin fines de lucro que brinda atención médica a la comunidad y rehabilitación integral a las personas con alguna deficiencia o discapacidad física o funcional, a través de la dotación de servicios terapéuticos, médicos y la implementación de ayudas técnicas conocidas como ortesis, prótesis y ayudas de movilidad”. (Paredes)

Fue creada en Diciembre de 1984 con el objetivo de brindar alternativas que refuercen y permitan ampliar el campo de acción en las diferentes discapacidades, con el fin de obtener una atención prioritaria además de defender los derechos de los discapacitados. En 1991, la fundación atendió los primeros pacientes que presentaban una discapacidad física en el taller de ortesis y prótesis, así también brindando apoyo económico para los requerimientos de salud que presentaba el paciente.

Años más tarde se modificó y modernizó el laboratorio de ortesis y prótesis; además, se implementaron nuevos servicios con rehabilitación física, terapia física infantil, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, servicios médicos especializados, entre otros, con el fin de poder atender la mayoría de las necesidades que presentaban los pacientes. La visión de la fundación desde el momento en que se creó, fue el buscar la independencia, inclusión y participación del paciente en la sociedad.

Los directivos de la fundación aprobaron este estudio con los pacientes protésicos. Se realizaron visitas regulares, coordinando horarios y atención de pacientes con la coordinadora tanto del área de Psicología como como del área del Laboratorio de Ortesis y Prótesis. Por motivos externos, una de las pacientes seleccionada dentro de los cuatro casos abandonó el proceso; por consiguiente, se tuvo que elegir a una nueva paciente para el proceso de investigación.

Para esta investigación, se utilizó la metodología de campo; es decir, historia vital de cada paciente, se indagó en el evento traumático y la relación que el sujeto mantiene con sus familiares, entrevistas semi-estructuradas para permitir ampliar los efectos que se pudieran presentar en los pacientes al momento de la amputación. Se realizaron preguntas abiertas acerca de cómo se dio el accidente, hace qué tiempo fue, miedos y angustias que se generaron, los cambios que han tenido en su vida a raíz de la amputación, entre otras. Es indispensable citar que para este estudio se contó con el consentimiento de los cuatro casos entrevistados, dos mujeres y dos hombres de edades comprendidas entre 16 y 60 años.

A continuación se presenta el proceso que se dio para la obtención de los casos. Luego, se analizarán las historias vitales y antecedentes de cada caso y posteriormente los resultados de las entrevistas e interpretaciones de las sesiones con cada paciente.

3.1 Ubicar los pacientes de las diferentes edades para realizar el análisis planteado

En Junio del 2013, se realizó un voluntariado en la fundación con el propósito de tener un acercamiento a pacientes con amputación, de esta manera se obtuvieron los casos y se realizó el posterior análisis referente a la investigación. En el mes de junio y julio se trabajó en el Área de Laboratorio de Ortesis y prótesis, haciendo observaciones y abriendo fichas clínicas de los pacientes amputados que asistían a la fundación.

En los primeros meses, la mayoría de pacientes que acudieron al área eran de provincia, solo venían para obtener información, o en sí para la toma del molde para la posterior realización de la prótesis, lo cual limitó el campo de acción de la investigación. Sin embargo, en el mes de agosto el Laboratorio de Ortesis y Prótesis tuvo gran afluencia de pacientes amputados, que residían en la capital, lo cual ayudó a que la investigación volviera a tomar su rumbo.

Se atendieron alrededor de 50 pacientes con amputación, a los cuales se les abrió una ficha clínica y psicológica. Después de esta primera muestra en la cual había pacientes que residían momentáneamente en la ciudad y otros que residían en Quito, se procedió a hablar con los pacientes residentes en la ciudad, para conseguir su autorización para la investigación. Se escogieron los cuatro pacientes con los cuales ya se comenzó a desarrollar las 6 sesiones de terapia y la entrevista, acordando tiempos para las sesiones con ellos.

Los casos que fueron designados para la investigación y el posterior análisis dentro de esta disertación constan de: una mujer de 31 años con amputación de brazo, una adolescente de 16 años con amputación de las dos piernas, un hombre de 56 años con amputación de pierna y un adolescente de 14 años con amputación de brazo y pierna. Sin embargo, la adolescente de 16 años salió de la investigación debido a que tuvo que trasladarse a residir en Lago Agrio por lo que se buscó otra paciente residente en Quito y se tomó el caso de una joven de 19 años que presenta amputación de pierna.

3.2 Antecedentes de cada caso

3.2.1 Sujeto 1:

Datos personales y datos familiares:

El primer caso es de una mujer de 31 años, está casada desde hace ya dos años, tiene una buena relación con su pareja. Él ha sido su apoyo y siempre ha buscado que salga adelante y que no se sienta menos por su discapacidad. Es la última hija de una familia de nueve hermanos. Presenta una buena relación con sus hermanos y con sus padres. Con su madre tiene mayor afinidad y apego; lo que ha hecho que ella obtenga ganancias secundarias frente a su discapacidad. Asistió a la universidad después del accidente y completó el segundo semestre de la carrera de administración.

Antecedentes del caso

La paciente tiene una amputación total de brazo, causada por un accidente en la terraza de su casa hace diez años. La joven transmite inseguridad, tiene miedo en relación a su discapacidad porque no quiere provocar “pena” en las personas. Ella siempre fue la más mimada de todos sus hermanos y nunca realizaba ninguna actividad en la casa sin embargo, cuando su hermana mayor se casó; su madre comenzó a darle responsabilidades en el hogar y una de esas responsabilidades fue que subiera a tender la ropa en la terraza y ella mostró su oposición abierta a realizar dicha petición. Ella recuerda que estaba con un saco muy largo y que con la ropa mojada se le mojaron las mangas, al momento que se arrimó al muro, recibe una descarga eléctrica que le atravesó el brazo izquierdo y salió por la pierna, provocando la pérdida del brazo ya que la pierna le pudieron salvar colocándole un injerto en el glúteo.

La madre siente culpa por el accidente de su hija, esto ha ocasionado sobreprotección hacia la misma. Además, que toda la familia compensó la pérdida y discapacidad de la hermana consintiéndola más. La paciente siempre tuvo una buena adaptación a su prótesis; no obstante, nunca quiso volver a ver su muñón. Además, rechaza la imagen de su cuerpo; por lo tanto, evita mirarse al espejo.

3.2.2 Sujeto 2:

Datos personales y datos familiares

Es un adolescente de 14 años, tiene una amputación de brazo y pierna izquierda. Es primogénito de una familia de 6 integrantes. Vive solo con su madre y hermanos. La madre

lo consiente mucho, pero también ha proporcionado en él normas de supervivencia por si algo le llegará a suceder a ella. Tiene muy buena relación con su madre; a su padre lo ve poco. La relación con sus hermanos es buena y lo han ayudado mucho. Se muestra muy independiente, desarrolla la mayoría de las actividades solo, continuó con sus estudios meses después del accidente. Los compañeros tuvieron una aceptación positiva frente a su discapacidad.

Antecedentes del caso:

La amputación en él se ve reflejada en todo su brazo derecho y tiene amputación de pierna sobre la rodilla⁵ del lado derecho igualmente. El paciente está amputado hace ya cuatro años. La historia del paciente es la siguiente: “Jugaba con mis hermanos y unos amigos en la terraza y lanzamos un juguete que se enredó en un alambre de alta tensión, cogí una varilla para lograr desenredarlo y fue ahí cuando un calor muy fuerte recorrió mi cuerpo y no recuerdo más.” (Testimonio paciente)

La madre del paciente, no estaba en ese momento en casa, cuando regresó vio a su segundo hijo muy nervioso lo cual hizo que la madre se contagiara del nerviosismo y pidiese una explicación de lo que había sucedido; llegó al hospital y los médicos daban pronósticos de muerte para el niño ya que la descarga eléctrica había sido muy alta. El paciente estuvo en coma 15 días. E último día decidieron desconectar los aparatos que lo mantenían vivo y fue ahí cuando el niño reaccionó, entonces se le realizó la amputación de brazo y pierna. Permaneció en una silla de ruedas casi un año y posteriormente le colocaron las prótesis para cada miembro perdido.

3.2.3 Sujeto 3:

Datos personales y datos familiares:

Es una joven de 19 años, su amputación es en la pierna derecha. Está casada y tiene una hija de tres años, su relación de pareja es buena. Ella refiere que su hija y esposo han sido su motor para continuar luchando durante toda su enfermedad. Es la última hija de una familia de 5 integrantes. Vive en el mismo edificio de sus padres, tiene muy buena relación con ellos al igual que con sus hermanas mayores. Manifiesta que hay bastante comunicación en su familia y que ellos han sido su apoyo durante todo el proceso.

Antecedentes del caso:

⁵ El termino sobre rodilla es un término médico que se utiliza para explicar en qué parte del cuerpo se produjo la amputación.

Ella exterioriza una amputación de pierna derecha bajo la rodilla ⁶ desde hace 6 meses. La paciente padece dentro de su historia médica *mielomeningo cele*⁷ y es a partir de esta enfermedad que se desataron más complicaciones en su salud y la posterior amputación de la pierna. También tiene reflujo del riñón y una vejiga neurogénica; además, muestra un cuadro de pie izquierdo cavo⁸ y pie derecho equinobarozambo⁹. Desde los 15 años ha sufrido de varias operaciones referentes a su enfermedad y dentro de esas operaciones la amputación inicialmente del pie hasta llegar a la amputación actual bajo rodilla. Todo este proceso provocó depresión e ideas de suicidio por parte de la paciente. Todavía no tiene una prótesis.

3.2.4 Sujeto 4:

Datos Personales y Datos Familiares:

El sujeto del siguiente caso es un hombre de 46 años, tiene una amputación de pierna derecha. Está casado, su relación de pareja no es buena ya que tiene problemas de alcoholismo. Es el segundo hijo de una familia de 6 miembros, sus padres son separados. Él nunca tuvo una buena relación con su padre. Actualmente vive con su esposa, su hijo y su madre. Ellos han sido su apoyo durante todo su proceso de discapacidad.

Antecedentes del caso:

El accidente en el que perdió la pierna y por el cual tiene una amputación sobre rodilla, fue a causa de un asalto al momento de regresar a su casa después de consumir licor con sus compañeros de trabajo. Los ladrones le rompieron la meseta tibial¹⁰ y como no fue atendido a tiempo le dio osteomielitis¹¹, a raíz de esto se realizó la amputación hace ya un año. Actualmente busca adquirir una prótesis para recuperar su independencia.

⁶ Bajo rodilla: es un término médico para explicitar en donde se realizó el corte de la amputación.

⁷ Es un defecto de nacimiento en el que la columna vertebral y el conducto raquídeo no se cierran antes del nacimiento. (<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001558.htm>)

⁸ Se denomina pie cavo aquél que tiene una altura de arco longitudinal medial superior a lo normal. (http://www.podoortosis.com/a_introduccion/h01.htm)

⁹ El pie equinovaro, también llamado pie zambo, es una malformación congénita del pie en la cual éste aparece en punta (equino) y con la planta girada hacia adentro (varo). (http://www.traumatologiainfantil.com/es/pie/pie_equinovaro)

¹⁰ Meseta tibial: parte de la estructura anatómica de la rodilla.

¹¹ Corresponde a la infección del hueso, considerado como un órgano, proceso que se extiende a la totalidad de los tejidos que lo componen.

3.3 Trabajo de los efectos del miembro fantasma en los pacientes de la Fundación Hermano Miguel

Dentro del análisis, se detallará cada caso, se explicará el proceso terapéutico en cada paciente. Posteriormente se procederá a evaluar y analizar los indicadores planteados al inicio de la investigación; las técnicas utilizadas para reconocer los efectos del miembro fantasma y además se analizarán las preguntas claves realizadas en la entrevista con cada sujeto. Se identificará el rol de la familia y de la sociedad dentro del proceso del paciente amputado.

En seguida se encuentran las preguntas bases para el análisis de esta disertación que están expuestas en cada caso con su respectiva respuesta para proceder a la interpretación pertinente de las mismas y complementar la investigación de los efectos que produce el miembro fantasma.

1. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?
2. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?
3. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?
4. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la pérdida?
5. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?
6. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?
7. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

Para comenzar el análisis, es importante aclarar que dentro del proceso terapéutico se utilizaron otras técnicas que pudieron aportar con el desarrollo del paciente frente a una situación tan difícil y compleja como es la amputación. Las técnicas se desarrollaron a lo largo del proceso porque se evidenció que podían brindar un apoyo y un mejor manejo del proceso terapéutico con el paciente. Dentro de estas técnicas, se utilizó la del espejo que es una técnica muy aplicada en los pacientes con amputación, puesto que ayuda a reconstruir esta imagen inconsciente en el espejo, constituye un momento en que el paciente puede reencontrarse con una imagen completa, con una imagen base, que le vuelve a dar estructura yóica.

En la técnica del espejo, primero se trabaja con el paciente cerrado los ojos frente al espejo y se le pide que imagine su cuerpo y que lo tope, posteriormente cuando el paciente ya se siente más seguro, se le pide que abra los ojos y se reconecte con esa parte pérdida

de su cuerpo, que evite verla como algo que le limita, sino más bien que redescubra ese miembro perdido y lo vuelva a significar. Todo el proceso se lo realiza sin la prótesis.

Esta técnica también se la utiliza para trabajar en el área fisiológica al ubicar un espejo entre las piernas o los brazos y colocar el espejo hacia la pierna o brazo que están completos para que a modo de reflejo en el espejo, el cerebro envíe mensajes al miembro amputado para disminuir dolor, calambres, entre otras cosas; logrando así la relajación en el miembro faltante.

Parte del proceso de aceptación y reconstrucción de la imagen inconsciente se realizó una técnica en la que el paciente cerrado los ojos tenía una especie de regresión hacia su etapa embrionaria y sus primeros años de vida, para lograr visualizar y reconectar el miembro amputado con un cuerpo completo como el de su niñez, ayudando al reconocimiento de la marca y disminuyendo el rechazo y la culpa frente a su discapacidad.

Análisis caso por caso según los parámetros mencionados anteriormente.

Sujeto 1:

S1, tuvo su primera entrevista el 6 de junio de 2013, en la primera entrevista ella se mostraba muy resistente a la terapia, lo verbalizó incluso, pues a ella las terapias psicológicas previas no le habían ayudado para nada y en ese momento solo asistía por ser un requisito de la fundación para obtener los arreglos de su prótesis. Con ella se necesitó utilizar nuevas técnicas para alcanzar resultados positivos dentro de las 6 sesiones; sin embargo, al final de las sesiones se le recomendó extender su proceso psicológico.

Indicador I: Manifestaciones de Negación:

En la primera sesión se proporcionó el espacio para que la paciente hablara acerca de lo que le había sucedido, la razón por la que tuvieron que realizarle la amputación. En esta primera sesión la paciente se mostró resistente a elaborar su pérdida, su discurso era muy pesimista. Se notó un lenguaje no verbal de incomodidad, y en ciertos momentos de la historia vital, se evidenciaron sentimientos de angustia Refirió que: *hablar del tema le traía muchos recuerdos que ella ya no quería volverlos a tener presentes.*

Al hablar de su cuerpo y de la marca en el momento actual, sus ojos se llenaron de lágrimas y enseguida hubo un discurso de negación, trató de desviar la conversación hacia la relación que ella tenía con su familia y esposo para evitar enfrentarse a la realidad que había reprimido durante 10 años. Cuando decidió volver a hablar del tema, describía que no existía ninguna marca y que esta situación no le afectaba; contradiciendo lo mismo que había sido ya expuesto con anterioridad, al ser una situación que sí le conmovía.

El discurso que ella mantuvo durante las tres primeras sesiones siempre fue de negación, pensando que ella podía hacer todo y que no necesitaba ayuda de nadie para ejecutar sus actividades, siempre mencionó que realizaba las mismas actividades que hacía antes de la amputación: sin embargo, esto era contradictorio porque en repetidas ocasiones comentó que su madre le ayudaba a hacer todas las tareas del hogar. Su discurso quería dar la impresión de estar completa, de que su cuerpo no fue mutilado y que lo sucedido solo fue un mal sueño.

En las dos primeras sesiones se procedió a realizar la entrevista, a continuación se exponen las respuestas de las preguntas claves de esta disertación:

1 ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

“Cómo me iba a ver el resto, que sensación tendré al verme sin mi brazo, quería morirme. Después de la amputación, me generó rechazo el verme el muñón, no me podía ver en los espejos o vidrios porque me traía malos recuerdos”.

2 ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

- Miedo a que nadie se volviera a enamorar de ella.
- Miedo a perder a su pareja en ese momento
- Angustia cuando está cerca de cables
- Miedo a la terrazas
- Le preocupa lo que dice o piensa la gente de ella
- Le da miedo volverse dependiente de su marido

3 ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

“No, nunca más vi mi cuerpo completo, solo veía el rostro, pero me imagino que si lo vería me vería como soy ahora no sé.”

4 ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la pérdida?

“Realmente desarrollé todo otra vez, volví a aprender a caminar, aprendí a vestirme sola, lo que más me costaba era abotonarme, acostumbrarme a comer con una sola mano, escribir, amarrarme los cordones, hacer quehaceres del hogar, cocinar”

5 ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

“Mmm creo que si aunque todavía no puedo verme sin la prótesis. Me incomoda el muñón; sin embargo mi esposo creo que si lo ha aceptado muy bien porque me ama como soy.”

6 ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

“Solo me veo el rostro, nunca me he visto de cuerpo completo porque no me gusta.”

7 ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

“Actualmente creo que estoy más fuerte en relación a la opinión de los demás, antes para mí era súper importante lo que dijeran los demás, creo que ahora con el tiempo he dejado que no me afecte lo que puedan decir aunque a veces hay personas que si dicen cosas que no estoy de acuerdo y me siento mal, o me tienen lástima y eso me molesta”

Las respuestas de S1 siempre fueron con un tinte negativista, de angustia, de miedo frente a la situación por la que estaba atravesando; a pesar de que habían pasado varios años de su accidente. Las respuestas otorgadas dentro de la entrevista demostraban un duelo mal resultado frente a su pérdida. Ella además siempre dirige la responsabilidad a los otros, y se encuentra en una constante búsqueda de aceptación de las personas más próximas a ella.

Ella en relación a su amputación obtuvo muchas ganancias secundarias, no solo en su familia sino también con el personal de su trabajo, ya que considera que por su discapacidad la deben tratar de mejor manera y asignarle tareas más fáciles. Se siente en una condición de poder frente a los demás, por lo que cree que todos deben hacer lo que ella quiere, adquiriendo una posición de víctima cuando las cosas no salen como ella quiere.

Con estas respuestas dadas y el parecer de la situación, a partir del final de la tercera y desde la cuarta sesión, se comenzó a trabajar puntualmente con ciertos aspectos como el hecho del reconocimiento y aceptación de la marca, elaboración y reconstrucción de la imagen inconsciente que permanecía distorsionada.

Indicador II: Imagen Inconsciente distorsionada y no aceptada

En el final de la tercera sesión, se hizo un acercamiento de la terapia del espejo con el fin de cambiar la imagen distorsionada que había por su amputación. Se le explicó en qué consistía la terapia del espejo y que se la iba a realizar la mayoría del tiempo sin la prótesis, esto le produjo mucho rechazo a la paciente. La siguiente sesión se comenzó con una técnica de relajación previa a la iniciación de la terapia del espejo con la paciente, para disminuir la angustia que le ocasionaba mirarse en un espejo.

El momento en que se le colocó a S1 frente al espejo, agachó la cabeza y bajó la mirada, no quería verse porque era la primera vez después de 10 años que ella volvía a ver su imagen completa en el espejo. Hubo varios momentos de incomodidad y rechazo por la

técnica ya que ver su cuerpo mutilado le causaba mucho dolor, evitando así querer aceptar esa marca impregnada en su cuerpo desde hace diez años.

Dentro de la sesión se le pidió que cerrara los ojos y comenzara a visualizar su imagen cuando ella estaba en la etapa embrionaria, luego como era su cuerpo cuando tenía un año haciéndole preguntas como: ¿que tenía?, ¿que no tenía?, ¿qué le gustaba de su cuerpo?, ¿qué no?. Todas estas preguntas referentes a la etapa que estaba recordando e imaginando en su mente. Se continuó con este recuerdo hasta instantes antes del accidente..

Llegando ya al accidente, se le pidió que describiera cómo se sentía en ese momento, que veía, cómo veía su cuerpo; y reseñó que se veía completa pero que le pesaba mucho el brazo amputado; entonces se le pidió que quitase ese peso de ese brazo, que empezara a alivianar el peso. Esto ayudó a producir una conexión con el miembro perdido, considerando que ya existe la amputación. Se le pidió que abriera los ojos y que observara esa imagen que tenía al frente, que era su nueva imagen que a pesar de que había atravesado por muchos cambios, seguía siendo ella misma, que la amputación no rompió su esencia sino que la hizo más fuerte, que le enseñó nuevas cosas.

La paciente logró mirarse al espejo, volvió a topar su muñón, lo acarició, y en ese momento dijo “no me veo tan fea como yo pensaba que iba a ser”, después de esto dejó de sentir que el brazo le pesaba, ya no tenía cosquilleo, se sentía más relajada. Con estas sensaciones se hizo el cierre de la sesión y en el siguiente encuentro se abordó el logro suscitado en la paciente.

En la quinta y sexta sesión se continuó trabajando el dolor que le ocasionaba está herida en su cuerpo. La paciente continuó viéndose en el espejo sin que le produjera ninguna angustia o malestar, obteniendo así una aceptación de su miembro perdido, ella reconocía que su imagen había cambiado pero que sin embargo su cuerpo y su esencia eran lo mismo, que la amputación no había modificado su identidad.

Al finalizar las sesiones, el discurso de la paciente tomó otro rumbo, era más positiva, dejó de ocultar su prótesis utilizando ropa entallada, evitando usar ropa holgada y más grande. Ella reintegró el muñón a su imagen corporal, disminuyendo el rechazo y la negación que le produjo la amputación. La aceptación también ayudó a que ella volviera a colocar a su cuerpo dentro de su discurso, dando cuenta de que podía realizar muchas actividades y que la amputación no le limitaba, o le hacía sentir inútil, que era una idea que

estaba establecida en su lenguaje antes del proceso terapéutico. Ella comenzó a utilizar la prótesis como una herramienta que le permitía desarrollar nuevas metas y retos en su vida.

Se sugirió continuar un proceso terapéutico para trabajar situaciones que estaban encubiertas en su discapacidad y buscar la manera en que rompiera con las ganancias secundarias incrementadas en el transcurso de estos años.

Sujeto 2:

En la primera sesión, el adolescente lucía muy angustiado, se desconocía cómo él iba a reaccionar frente a la apertura de la historia vital y el posterior proceso planteado con el miembro fantasma. Desde el primer momento que él entró al consultorio hubo una buena conexión y química entre el terapeuta y el paciente que contribuyó al devenir de esta investigación.

S2 en la primera sesión de apertura de la ficha clínica y la historia vital se mostró muy abierto, habló de su familia y de su accidente con facilidad, nada le causó malestar ni rechazo. No obstante, en el momento en que hablaba de todo aquello que le gustaba hacer antes del accidente, su discurso cambió y hubo un instante de negación, cuando dijo que nada había cambiado y que él realizaba todo igual. En la terapia, evidenció culpa en el momento en que sostuvo haber ocasionado complicaciones a su mamá.

Indicador I: Manifestaciones de Negación:

Su discurso no era negativo, más bien aparentaba haber resuelto muy bien el duelo de su pérdida. Sin embargo, había frustración por no poder realizar las cosas con la misma facilidad que las hacía antes, o el hecho de que su madre tuviera que ayudarlo y dejar de trabajar ha sido un malestar muy grande para él. Su madre se ha convertido en un pilar importante para poder afrontar esta etapa.

Durante las dos primeras sesiones, se realizó la entrevista y se completó la ficha de historia vital en la cual el paciente mencionaba aquellas cosas negativas que le habían provocado la amputación como el hecho de no poder manejar una bicicleta después de que era su pasión hacerlo. Él refiere que al comienzo del proceso sí se sentía inútil, sentía que no podía hacer nada, reprochaba a su cuerpo, en un momento llegó a negar tanto la amputación, que él hablaba de su cuerpo solamente refiriéndose a su lado izquierdo. El rechazo hacia el lado de la amputación se acrecentaba y llegó a disociar el cuerpo de tal modo que se sentía muy frustrado.

Dentro de la entrevista que también se realizó en las dos primeras sesiones, pese a sus cortas respuestas, fueron muy concisas y evidenciaron la actitud y el manejo que ha tenido el paciente frente a la pérdida y cómo se ha dado su proceso de duelo y aceptación.

1. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

“No tuve ninguna como estuve en coma solo me levanté y me dijeron que me tenían que amputar, tampoco tuve ideas de morirme, solo quería salir del hospital.”

2. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

“Ninguno creo, he aprendido a hacer todo. Tal vez a ratos lo que diga la gente.”

3. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

“Si sueño que estoy completo, que no me hace falta nada y que realizo actividades que ahora no puedo”.

4. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la pérdida?

- Nadar con un pie y con una mano
- Escribir con la mano izquierda
- Jugar futbol y vóley
- Arreglar el cuarto, barrer
- Tender la cama
- Está reaprendiendo a manejar bicicleta.

5. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

“Si creo que sí, no me molesta ser como soy”

6. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

“Nada, me da igual, me sigo viendo igual”

7. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

“Ahora ya no es importante, les dejo que hablen, hay mucha gente que ha aprendido conmigo desde mi amputación.”

El paciente ha logrado una buena aceptación de su pérdida y esto le ha ayudado a continuar con su vida normalmente e idearse nuevas herramientas para enfrentarse a la sociedad y al entorno de una manera más fácil. Ha desarrollado bastantes habilidades en cosas que le gustaban hacer antes y que pensaba que no volvería a hacerlas otra vez. En este caso, se puede constatar lo importante que es el apoyo familiar y los roles que se jueguen en la dinámica de la familia para lograr que el paciente salga adelante. La madre ha

sido un pilar muy importante debido a que evitó que su hijo se estancara y rechazara su condición, introduciendo este cuerpo en un lenguaje positivo, evitando relacionar esta pérdida con la idea de un cuerpo inútil o limitado.

Indicador II: Imagen Inconsciente distorsionada y no aceptada

El paciente ya había recibido terapia psicológica, tres sesiones en el hospital cuando ocurrió la amputación; sin embargo, dentro del proceso de la investigación el accedió a realizar las 6 sesiones planteadas para evidenciar los cambios provocados por el miembro fantasma en los pacientes con amputación. En la tercera sesión se trabajó la terapia del espejo, pero con el objetivo de disminuir el dolor y de fortalecer la aceptación y la reconstrucción de esta imagen inconsciente, previamente aceptada por el paciente.

Las sesiones del espejo fueron muy fructíferas con el paciente puesto que él no rechazó la asimetría de su cuerpo; por el contrario, tuvo una excelente conexión con sus muñones, esto se explica porque el paciente había procesado bien su pérdida, pues había integrado la amputación a su imagen corporal. Sin embargo, la imagen inconsciente sí presentaba una distorsión, el momento en el que se retiró la prótesis se suscitó un choque al revivir el accidente; además, él siempre se había observado con la prótesis, y eso lo proporcionaba una idea de completud

Al momento de presentarle su cuerpo sin prótesis, le brotaron lágrimas, mencionó que nunca había lo hubiese relacionado, pues desde el instante en que le colocaron la prótesis reprimió la imagen de su cuerpo amputado. Con él en ese momento se pretendió obtener una conexión con este cuerpo amputado, mutilado y de esta manera comenzar a reconstruir su imagen con prótesis y sin prótesis para así evitar que un futuro los logros hasta aquí alcanzados e impedir su desestructuración.

Durante la quinta y la sexta sesión, se develó que su imagen inconsciente no había cambiado debido a que él nunca se había retirado la prótesis, más que para bañarse. Él refirió que su marca a pesar de que le traía muchos recuerdos también le había hecho crecer y le ha enseñado que nada es imposible. Señaló que había vuelto a realizar actividades que practicaba antes del accidente como nadar y andar en bicicleta. El conectarse con su pérdida y con su muñón hizo que su imagen inconsciente se reconstruyera sin limitarse a nada en el mundo. Su madre y sus compañeros de escuela, han formado un pilar al alentarlos a vencer barreras y a continuar con su vida lo más normal posible.

En este caso, en cambio se puede ver cómo no se presentan ganancias secundarias notorias, ni cambios de roles en el hogar, sino más bien que su familia, en especial su madre, así como sus pares, han sido su motor para afrontar sus abatares y lograr todo lo que él se ha planteado y además desarrollar otras actividades que él las había dado por concluidas al comienzo de la amputación.

Se podría decir que en el proceso realizado con este paciente, tuvo más de un acompañamiento y se reforzaron ciertos temas que habían estado reprimidos desde el accidente y que en un futuro podrían traerle conflictos, sentimientos de culpa y fracaso.

Sujeto 3

El presente caso es bastante complejo, pues tras finalizar las 6 sesiones planteadas para la investigación se recomendó iniciar un proceso psicológico en vista de todos los aspectos pendientes de reelaborar en la historia de vida de esta paciente. S3 llegó a la terapia con motivo de inscribirse en la fundación para ver qué posibilidades habían de conseguir una prótesis con algún programa ya que ella no dispone de recursos para pagarla. Desde el comienzo mostró gran angustia y ansiedad y le costó muchísimo abrirse al momento de realizar la historia vital y comentar acerca de la causa de las amputaciones.

Es una joven que ha vivido la mayoría de su vida enfrentando distintas enfermedades, luchando por surgir, con dolor en su cuerpo, con marcas que también han dejado una huella en lo que ella es y vive cada día, y se siente muy ansiosa con la interrogante del legado que dejará en su hija. Ella asegura que no le gusta que su hija la vea enferma porque le da una mala imagen a la niña.

Las dos primeras sesiones con S3 fueron copiosamente emotivas. Cuando empezó a hablar de todas las enfermedades y de lo que le ha tocado vivir tuvo un estallido de lágrimas. Ella afirma que en el devenir de su historia siempre estuvo envuelta en un lenguaje de enfermedades, de cuerpo atrofiado, de imágenes cambiantes y de sentimientos encontrados. Sostiene que desde niña su madre siempre le dijo que tenía una enfermedad, que su “cuerpito” cualquier rato podría cambiar; pese a saber esto, cuando le realizaron las amputaciones, en especial la última amputación, le costó sobremanera, se deprimió y le afectó más de lo que ella se esperaba; porque ahora si sentía que era un cuerpo inservible, inútil con el cual ya no sería capaz de conseguir nada. Fue a partir de este discurso que se estableció una intervención psicológica para resolver de forma adecuada su pérdida y aceptar las expresiones de su cuerpo a través de sus enfermedades.

Indicador I: Manifestaciones de Negación:

El discurso de S3 denotaba intenso sufrimiento, poseía varios tintes de negativismo, ella sentía que su cuerpo era ya algo inservible, pensaba que posiblemente hasta con la prótesis ella sentiría que no le serviría de nada. Hay ambivalencia en el deseo de querer la prótesis porque cree que por lo menos con eso podrá caminar pero por otro lado, no desea la prótesis porque piensa que su muñón se va a lastimar.

Durante las dos primeras sesiones su discurso versó en torno a sus enfermedades, a su discapacidad, a que ella sentía que era un estorbo para su familia. Ella es una persona que se estructuró a través de un lenguaje de enfermedad, de cambios, de un cuerpo enfermo que le generaba complicaciones, pero que nunca fue apalabrado de buena manera, sino que siempre fue el culpable de dolores y malestares, por esta razón era un tema que afectaba a su familia y amigos.

Su discurso se ve envuelto en frases como “soy un estorbo”, “esto nunca debió pasar”, y a ratos refiere ideas de “que está completa”, “que está bien”, “que lo único que perdió es un pie”, pero que de ahí está bien, está tranquila, que su cuerpo está completo. Incluso cuando describía al comienzo su cuerpo, jamás mencionó las amputaciones sino hasta el final, cuando se realizó la entrevista en la que afirmó que las amputaciones fueron un golpe fuerte para su cuerpo y su estado de ánimo.

Ella se ha quedado fijada en un duelo bastante complicado, no se ha planteado metas, ni expectativas, su discurso y sus respuestas son muy negativas. Ella piensa siempre en lo malo que le puede pasar, no en lo que puede conseguir, como tampoco puede ver lo positivo de las operaciones. Su actitud frente a la vida es muy pesimista y de mucha angustia y miedo que son los factores que también han hecho que ella se estanque en esta situación.

1. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

“Antes solo pensaba en la operación y la recuperación que iba a tener luego de la misma. Pero en la segunda operación tuve ideas de muerte y mucho miedo porque solo buscaba estar bien para mi hija”.

2. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

- Miedo a dejarle a la hija sola
- Impotencia y duda de que pasaría con ella
- Se preguntaba si volvería a hacer las cosas normalmente

- Quiere acabar la carrera
- Tiene miedo de que si vuelve a caminar, su pierna se lastime y que le tengan que practicarle otra amputación

3. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

“No he tenido sueños en relación a esto”.

4. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?

“Las básicas: el bañarme, vestirme sola, realmente no es que he implementado algo nuevo en mi vida.”

5. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

“Me ha tocado, aunque realmente siempre he tenido un cuerpo deforme”.

6. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

“No me gusta, me incomoda”

7. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

“Pensé que no iba a ser importante pero desde la última amputación me costó mucho salir de la casa y que los demás me vean, me deprimó muy rápido cuando la gente comenta algo relacionado a mi amputación.”

S3 rechaza su cuerpo considerablemente. Ella siente que no ha podido conseguir nada, que su cuerpo sigue igual y que todavía mantiene o corre el riesgo de morir, no vive por ella sino que vive a través de los otros, lo cual también ha causado preocupación en las cosas que puedan pasar con ella y su enfermedad. Es una joven que se ha estructurado alrededor de la muerte y del dolor. No ha logrado tener una aceptación de su imagen sino que la reprocha y rechaza. Le importa mucho el qué dirán de la gente Su familia ha tratado de apoyarla pero ella también ha rechazado esa ayuda porque siente que ella puede hacerlo todo sola. Sus padres, de cierta manera también han permitido que se encierre por miedo a que si sale a la calle, la gente comente acerca de su condición y entre en un estado depresivo más fuerte del que ya padece actualmente.

Indicador II: Imagen Inconsciente distorsionada y no aceptada

Como el lenguaje vertido sobre ella y alrededor de sus enfermedades y amputaciones siempre ha sido negativo, tiene una imagen distorsionada de ella mismo que proviene desde épocas tempranas en su infancia, lo cual ha sido proyectado también a la gente que le rodea. Durante la tercera sesión hasta la sexta sesión se empezó a trabajar el hecho de

reconocerse como sujeto deseante, como una persona que no le hace nada bien etiquetarse por sus enfermedades o discapacidad forjadas a lo largo de su vida. Primero, se buscó que la paciente se conectara con ella misma, con su esencia para a partir de ello disminuir la angustia que albergada por tantos años y que la ha estructurado en un cuerpo reservorio de enfermedades, mutilaciones y desgracias.

Para todo este proceso, también se colocó a la paciente frente al espejo y se le pidió que cerrara sus ojos y que se imaginara cómo era ella en el vientre de su madre, óse veía ahí, qué tenía, qué no tenía, qué se imaginaba que sería cuando fuera grande. El fin perseguido fue reconocer nuevamente su cuerpo, su imagen y que empezara a plantearse metas y desafíos.

Las dos primeras sesiones le costó considerablemente porque no veía nada extra de lo que ya estaba estructurado a través del lenguaje: sin embargo, al conectarla con su imagen base y luego su imagen funcional y erótica se le cambió mucho la perspectiva que presentaba de su cuerpo, su discurso comenzó a cambiar al hecho de que a pesar de que han existido las enfermedades en su cuerpo, ha podido salir bien de ellas, que sí tiene un deseo de vivir que no solo está dado por su hija y su esposo sino por ella misma. Descubrió que quiere salir adelante porque desde pequeña siempre soñó ser una profesional de renombre y poder ayudar a la gente. Refiere que con todo lo que ha vivido quisiera ser un testimonio para la gente, dejar la enseñanza de no dejarse vencer y luchar por los sueños.

Cuando logró esta conexión, el observarse en el espejo fue más fácil, dejó de mirar los defectos que tenía; al contrario, comenzó a acariciar su cuerpo, su muñón y sucedió algo que no estaba planeado en la terapia. Ante el espejo se pidió perdón por desintegrar ese cuerpo, por haber generado una imagen errónea del mismo. Desde ese momento advirtió que su imagen no era tan fea como la había sostenido y que ahora ya podría verse al espejo con normalidad, en especial cuando su hija le pidiera que lo hicieran juntas.

En las dos últimas sesiones de trabajar con el espejo, al final de la sexta sesión afirmó que su relación de pareja había mejorado, desde el momento en que dejó de avergonzarse de su imagen y dejó de tratar a su cuerpo como un cuerpo enfermo; también refirió que actualmente los dolores que le representaban sus enfermedades no disminuido y esto se daba posiblemente porque ya no pasaba las 24 horas del día pensando en qué más le podría pasar.

Los roles en la familia de S3 cambiaron por completo debido a que su padre, por cuidarle, buscó un trabajo de medio tiempo. Los padres sienten culpa por lo que le ha

pasado a su hija y les angustia sobremanera lo que ha tenido que vivir. La paciente durante toda su vida y en los procesos de amputación tuvo bastantes ganancias secundarias, que de cierta manera, también hacían que no quisiera salir de esa zona de confort, debido a que su madre le “hacía todo”. En la universidad, cuando estaba estudiando, sus amigas y amigos también le llevaban y le traían “todo” y refiere con un poco de vergüenza que hasta le realizaban los trabajos para evitar que se cansara.

Con el cambio y la reconstrucción de su imagen, se logró que ahora se forje metas y objetivos a futuro que le ayuden a mejorar su condición actual. Quiere ser un ejemplo para su hija. Una de las metas que se logró en las seis sesiones fue que continúe su carrera y la concluya; además, tomó la decisión de mudarse a un departamento en la parte de arriba de la vivienda de sus padres y dejar de vivir con ellos. De este modo, comenzaría a desarrollar habilidades tanto como madre para su hija como habilidades que le faculden sobrevivir en las distintas adversidades que se le presenten.

Se le pidió continuar con un proceso psicológico al observar que todavía quedaban muchas cosas pendientes de trabajar, como era el estado depresivo en el cual había estado inmersa durante tantos años; trabajar su imagen en el sentido de cómo se enfrentaría a la sociedad para evitar que esta siga siendo un factor que le afecte y vuelva a tener un retroceso en todo aquello que ha logrado hasta el momento.

Esta fue la paciente que más dificultad causó seguir un proceso psicoterapéutico durante las seis sesiones, pero con la que mejores resultados se obtuvieron, ya que colaboró para aceptar su condición y elaborar su duelo.

Sujeto 4:

El paciente es el de mayor edad que colaboró con este proceso de investigación. Él no creía que la psicología servía, pues había tenido mala experiencia con profesionales de la rama; su pensamiento era que los psicólogos y los médicos solo pretendían dañar al paciente; por consiguiente se dificultó el inicio del proceso terapéutico; no obstante, el paciente accedió a colaborar, contestar las preguntas y permitir que realizar la ficha de historia vital.

Dentro de su historia, comentó que el único que siempre estaba y que le podía ayudar era Dios, que él ya había acudido al psicólogo que le ofreció el hospital pero que él no le había ayudado en nada, que solo aceptó ser parte de la investigación para demostrar a

la gente que él no tenía nada que trabajar con un psicólogo y que él estaba bien; que la amputación a él no le había afectado.

Dentro de las dos primeras sesiones, se veía reacio al proceso, lo cual me hizo cambiar la técnica que había manejado con los anteriores pacientes y realizar primero la terapia del espejo para ver cómo reaccionaba ya que durante estas dos sesiones evidenciaba negación sobre lo que le había sucedido. Sus sentimientos fueron ambivalentes hacia su condición actual.

Indicador I: Manifestaciones de Negación:

Su discurso estaba encubierto por una idea de completud, sentía que no había perdido nada y que todo permanecía igual, S4 buscaba ocultar su falta; sin embargo, antes de colocarle en el espejo se le preguntó qué era a lo que más le tenía miedo y replicó: “a no volver a caminar.” El momento en que se le pidió al paciente que se quitara la prótesis y se colocara frente al espejo, su reacción fue de frustración, mencionó que desde el accidente no se había vuelto a ver en un espejo y que ver su imagen completa sin una pierna le originó malestar.

A partir de esta imagen reflejada en el espejo, se trabajó con S4 de la misma manera que se había trabajado con todos los pacientes, se realizó la entrevista, en la cual se pudo evidenciar su discurso de negación y repudio hacia el accidente y a todo aquello que le había sucedido. Dentro de la entrevista y la sesión de historia vital surgió la idea de que la amputación se dio por una mala práctica médica, por esta razón, el paciente experimentaba exacerbada frustración ante su condición actual.

Las respuestas de la entrevista se vieron modificadas al momento de verse sin prótesis en el espejo, es necesario recalcar que el paciente en las primeras sesiones, recién tenía una semana de utilizar la prótesis, por lo que no podemos decir que estaba totalmente acoplado a ella, aunque aparentaba estarlo.

1 ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

“Tuve ideas de morirme, de desaparecer, no quería verme así, no quería afrontar lo que sabía que me tocaba afrontar al ya solo tener una pierna.”

2 ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

- Que su esposa lo dejara
- Que se consiguiera alguien más que esté completo

- Que su hijo le hiciera preguntas que no pudiese contestar
- El salir a la calle le generaba mucho temor
- Le angustiaba la idea de no poder trabajar
- Le preocupaba que lo discriminen por su condición
- Le angustiaba el no acostumbrarse y echarse a morir

3 ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

“De lo poco que me acuerdo, creo que si me sueño completo”

4 ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?

“Hasta ahora no muchas, recién me estoy acostumbrando”.

5 ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

“Todavía no totalmente, creo que aún me falta tiempo.”

6 ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

“Nada no me genera ningún malestar, siempre lo había hecho pero nunca con detenimiento, ahora me doy cuenta que me cuesta mucho observarme y me produce malestar e incomodidad.”

7 ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

“Si es importante, no me gusta que comenten, o que me pregunten lo sucedido.”

Como se puede evaluar, las preguntas y el discurso en la entrevista, S4 cambió al comienzo. Él se presentaba muy fuerte y no refería tener angustia o molestia el verse al espejo, pero a partir de enfrentarse a su realidad ante el espejo, todo su discurso cambió. Emergieron sus miedos y angustias que durante un año habían permanecido guardadas para evitar mostrarse débil ante los demás, ya que esto es lo que más le afectaba. No quería ser visto como discapacitado, como alguien que no pudiera hacer nada, porque su negación continuaba estando presente. que él podía seguir haciendo lo mismo que hacía previo el accidente.

Los roles en su familia cambiaron debido a que su mujer tuvo que buscar un empleo, su madre se fue a vivir con él para poderlo cuidar y brindar un mejor apoyo durante los primeros meses posteriores a la amputación. También hizo referencia al alcohol y al estilo de vida que llevaba y aclaró que el trago pudo haber terminado con su vida y que por su anterior estilo de vida él está ahora así.

Indicador II: Imagen Inconsciente distorsionada y no aceptada

S4 presenta una imagen inconsciente distorsionada, no acepta la condición de amputado, de hecho después de dos meses de habersele realizado la amputación, salió del hospital y fue a trabajar en una construcción haciendo trabajos de plomería. Estando en este trabajo se cayó de una loza, pues tenía sensación en el miembro perdido, lo cual hizo que intentara caminar, al no lograrlo, se cayó y se lastimó el muñón.

Durante la cuarta hasta la sexta sesión, se continuó con la terapia del espejo, gracias a ello, el paciente disminuyó su resistencia hacía las sesiones, al ver que al hacer los ejercicios y al mirar su imagen en el espejo disminuía el dolor provocado por el miembro fantasma y la angustia y frustración también desaparecían. Lo que más le ayudó al paciente en el repudio que tenía al observar su cuerpo mutilado ante el espejo, fue el que expresara los sentimientos que le generaba el muñón, que le pusiera palabras que ayudaran a disminuir el inconformismo que se evidenció el momento de mirarse al espejo, provocando así una identificación con su cuerpo, un reconocimiento del mismo y la aceptación de su condición en el aquí y el ahora.

En la sexta sesión, se logró que el paciente fuese capaz de visualizarse completo y comenzar a ver su cuerpo como un cuerpo útil, que comenzara a fijarse nuevas metas, nuevos objetivos y así desarrollar nuevas habilidades en especial para comenzar a compartir más tiempo con su hijo que siempre le ha pedido jugar con él.

Dentro de todo el proceso se le recomendó al paciente que terminadas las 6 sesiones de la investigación, continúe asistiendo a un proceso terapéutico, pero el paciente por cuestiones de tiempo no pudo seguir. La poca aceptación al proceso terapéutico por parte del paciente también tiene su interpretación en el hecho de que él no quería ser descubierto, no quería que nadie supiera cómo él se sentía. Además, es una persona que no le gusta mostrar debilidad y asistir a la terapia lo ponía al descubierto.

Análisis Global de los casos de amputación.

Después de realizar un análisis caso por caso, es importante hacer un recorrido global de los efectos del miembro fantasma expuestos en los casos de amputaciones. Dentro del análisis de los cuatro casos se podría decir que la mayoría de ellos no habían logrado aceptar su pérdida. Para todos, la pérdida de un miembro había sido muy traumática. Por

ende, el momento posterior a la pérdida, hace que el sujeto replantee su vida, sus creencias, sus valores y los recursos psíquicos con los que ha sabido sobrellevar la vida, disminuyan.

En todos los casos se puede ver presente el miembro fantasma a través de un dolor tanto físico como psíquico que de cierta manera limita al paciente en todos sus campos y registros psíquicos. El paciente denota siempre una negación de la marca en lo real, que está cubierto por un lenguaje de completud que se encuentra atravesado por el campo de lo simbólico e imaginario. Los procesos de duelos de los pacientes se veían estancados y afectados en su mayoría por la falta de aceptación de la pérdida ya que no existió ese proceso de quitar la libido del objeto de amor perdido y el yo continuaba luchando por mantener viva la imagen de una pierna o de un brazo ya perdido.

Dentro de los análisis de cada caso y la manera en que se abordó la terapia con los pacientes con amputaciones, se puede evaluar que el hecho de reconectarse con aquella parte de su cuerpo pérdida y el hacer que los pacientes vuelvan a su etapa embrionaria, recuperando su imagen base y dándoles otra vez estabilidad, aportó mucho a que los pacientes rompieran con esa idealización y con una imagen inconsciente del cuerpo veían distorsionada y desbordada.

El hecho de revivir la imagen base, esa imagen de completud que tuvieron en algún momento de sus vidas, a los pacientes les ayudó a revivir la imagen funcional y erógena provocando nuevos sentimientos, emociones, sensaciones y deseos acerca de ese cuerpo mutilado que simbólicamente había sido colocado en un papel de invalidez, de discapacidad y que estaba comenzando a estructurar psíquicamente al sujeto amputado.

Otro de los aspectos que no fue analizado en los casos individualmente fue el test de los colores porque este fue un test aplicado con todos los pacientes de amputación con los que se abrió la historia clínica antes de escoger la muestra; no obstante, es importante mencionar que los colores que más ocupaban los pacientes con amputación fueron el rojo y el negro cuando se les preguntaba por qué esos dos colores, mencionaban que esos eran los colores que representaban la amputación, el rojo por la sangre y la herida o marca que les dejó el accidente o la enfermedad y el negro porque advirtieron que es un color de tristeza y eso es lo que ellos sintieron con esta situación.

Con lo expresado anteriormente se observa que hay pacientes de la muestra que sí han mantenido un duelo patológico, en especial el primer sujeto, pues su amputación fue hace 10 años y recién está comenzando a aceptar su pérdida. Cabe recalcar que muchos de

los pacientes con amputación se mantienen en el duelo y en la posición que tienen debido a las ganancias secundarias que esto les aporta, tanto con su familia como con su entorno. Muchos pacientes no quieren acceder a una terapia o no quieren recibir ayuda porque saben que de esa manera salen de su zona de confort y pierden los beneficios que según su condición podrían ser ubicados como discapacitados, esto les otorga una ganancia en la sociedad.

Otro aspecto importante que se pudo constatar es que las amputaciones de brazo son más complicadas de aceptar y que los pacientes que las poseen, les cuesta más enfrentarse a la sociedad porque están más expuestos a la mirada del otro, mientras que la amputación de pierna está más cubierta y logra tener una mayor aceptación ya que la prótesis le devuelve la movilidad al paciente y le permite realizar su vida lo más normal posible.

Las prótesis para muchos pacientes vienen a ser la salvación, vienen a ser esa herramienta que les faculta volver a ver su cuerpo completo y tener la sensación de que no les falta nada; las prótesis de brazo muchas veces son solo estéticas, especialmente en los casos en que se ha dado una amputación total del brazo, pues no existe un muñón que posibilite una flexión para poder dominar la prótesis; es por esto que los pacientes que tienen una amputación total de brazo repudian en mayor medida su muñón y les cuesta más tiempo resolver el duelo, aceptar una imagen con la cual ellos no se sienten cómodos porque cambió su existencia.

En consecuencia, los pacientes desarrollan más habilidades que cualquier otro paciente amputado en otro miembro de su cuerpo, porque aprenden a dominar todo con el otro brazo o utilizan otras partes de su cuerpo, entonces se podría decir que en ellos se trasluce un sentimiento de lucha y fortaleza evitando sentirse de menos por la discapacidad, sino más bien son un ejemplo a seguir para la mayoría de seres humanos que mantienen su cuerpo intacto.

Es importante agregar que el dolor del miembro fantasma en algunos casos al momento de utilizar una prótesis disminuye debido a que frente al espejo y en la imagen inconsciente del cuerpo esta viene a sustituir el miembro perdido, por tanto, el cerebro percibe la información como si lo volvieran a reestructurar, pareciera ser que al paciente le devolvieran el miembro perdido, y esto les ayuda significativamente, tanto anímicamente como en cuestiones físicas, permitiendo el enfrentarse con mayor facilidad a la sociedad y a sí mismos.

En todos los casos, se pudo reconocer la importancia que tiene la escena familiar en el proceso que viven los pacientes amputados, porque la familia y el entorno pueden colaborar a que el paciente confronte sus carencias y comience a aceptar su pérdida o pueden ser los principales actores creadores de una zona de confort. Incluso les evitan tener responsabilidades o plantearse las cosas desde otro lugar, porque hubo un cambio significativo en la vida del paciente y de su entorno.

En la investigación, se pudo observar que los padres o familiares más cercanos al paciente sienten culpa por lo sucedido y es por esta razón que buscan mitigar esa culpa, ese pesar a través de hacerles y darles todo. Por consiguiente, son situados en condición de “pobrecitos” y esto a su vez provoca que los pacientes utilicen cierto poder en nombre de esta nueva condición. Se podría decir que solo en uno de los casos de la investigación, la madre del paciente realizó un buen trabajo con su hijo. Cumplió un rol que favoreció que el paciente encarara su tragedia y pudiera comenzar a manejar de mejor manera su pérdida y no sintiera que es una persona que no puede realizar “nada” por el hecho de haber perdido un miembro de su cuerpo.

Para finalizar, cabe poner el acento en que los pacientes más jóvenes, tienen mayor facilidad para asimilar la pérdida que los pacientes adultos, debido a que para ellos el trauma de la pérdida fue más fuerte, la respuesta podría ser porque han pasado mucho más tiempo de su vida con un cuerpo completo y pasar a un cuerpo mutilado que desde todo punto de vista limita su movilidad, resulta catastrófico.

En los cuatro casos se logró una buena aceptación del proceso, se lograron cambios importantes y considerables para el desarrollo psicológico posterior del paciente. Lo primordial fue que sí se logró una reestructuración psíquica del sujeto recurriendo a esferas más tempranas de la vida hasta conectarse con ese momento inaugural y gozoso del estadio del espejo, periodo de plena completud, dado a través de la imagen del otro y además se reforzó el yo, posibilitando una reorganización del mismo para dotar al paciente de herramientas nuevas que le permitan afrontar día a día las adversidades ya acaecidas y las posteriores adversidades que puedan venir y que son propias de la condición humana.

CONCLUSIONES

Las conclusiones se plantearon en base a los objetivos y a la hipótesis planteada para el desarrollo de esta disertación:

De acuerdo al primer objetivo que tenía relación con el duelo y los efectos que este genera las conclusiones con las siguientes:

- En el momento posterior a la pérdida el sujeto tiende a replantearse su vida, creencias, rutinas entre otros aspectos y desarrolla recursos psíquicos para poder sobrellevar la pérdida y la nueva vida a la que se enfrenta.
- El paciente siempre presenta una negación de la marca en lo real que viene a estar encubierta por un lenguaje de completud, que también se encuentra atravesado por el campo de lo simbólico e imaginario del sujeto.
- El dolor tanto físico como psíquico que presenta el miembro fantasma en el sujeto, es el que en la mayoría de casos limita al paciente en todos sus campos de acción y los registros psíquicos impidiendo que el sujeto pueda reconocerse e identificarse con un cuerpo mutilado abruptamente.
- Mientras más fuerte es el trauma por amputación, los pacientes atraviesan por un proceso de duelo prolongado y mal resuelto en ciertos casos; además en repetidas ocasiones, el sujeto puede obtener ganancias secundarias por una posición de victimización, provocando que sus familiares realicen todo lo que ellos pidan.

En relación a lo planteado en el segundo objetivo referente a los cambios de la imagen inconsciente del cuerpo y el esquema corporal:

- El paciente debe reconectarse con etapas embrionarias para revivir la imagen base, una imagen que está marcada por un estado de completud que permitirá que se reactiven las imágenes funcionales y erógenas provocando una mejor aceptación del cuerpo mutilado y disminuyendo o rompiendo con la idea de invalidez o discapacidad que estaba estructurando al sujeto amputado.
- Los pacientes con amputación de brazo tienen mayor dificultad de encarar la amputación ya que les causa una situación de mayor discapacidad y deben

desarrollar otras habilidades para poder asumir sus carencias, además que están más expuestos a la mirada del otro.

- La amputación de pierna en los hombres crea una sensación de impotencia, ya que surge la idea de una castración simbólica; sin embargo, no está tan expuesto a la mirada del otro por lo que la recuperación y la aceptación son menos complejas de resolver.
- La terapia del espejo permite al sujeto reconectarse con su muñón y ayuda a modificar su imagen inconsciente y a que esta reestructuración se conecte con la imagen mutilada del miembro perdido.

El tercer objetivo, relacionado con los efectos psico-sociales que muestra el paciente y los vínculos que origina:

- La familia y la sociedad son los primeros en implantar una condición de discapacidad e inutilidad en los pacientes amputados que también se ve establecida por una pre-concepción social de lo que está bien o mal, creando así un estancamiento en el desempeño del paciente y favoreciendo a que tenga mayores ganancias secundarias por su condición.
- Se consiguió una reestructuración psíquica a través de regresar a etapas más tempranas de la vida en las que el sujeto era capaz de conectarse con el primer estadio del espejo, momento de completud tanto físico como psíquico para el sujeto; otorgándole esa idea de completud originaria que posibilita al paciente desarrollar herramientas psíquicas para afrontar día a día las dificultades de la vida.

Se pudo comprobar la hipótesis puesto que la imagen inconsciente, en un proceso de amputación se ve severamente afectada porque hay un rechazo a observar la imagen mutilada, con la cual el sujeto ya no tiene una identificación y con la cual él debe realizar una reorganización de su yo y de su psíquis.

RECOMENDACIONES

- Se debe crear espacios en los cuales los pacientes amputados tengan la oportunidad de asistir a un grupo de apoyo para resolver dudas, elaborar frustraciones, enojos, pesares causados por la amputación y la posterior aceptación de la prótesis.
- Los familiares de los pacientes no deben ser los primeros en limitar al paciente sino que deben proporcionar apoyo afectivo para facilitar la asunción este evento traumático y difícil de encarar.
- El servicio que ofrece el CONADIS debería estar más acorde a las necesidades de las distintas discapacidades (físicas, intelectuales, psicológicas, etc.) y no pedir papeles o demorarse en los chequeos para entregar el carnet a las personas amputadas.
- La terapia que se recomienda utilizar con los pacientes con amputación siempre debería estar enfocada en la reconexión con su muñón o miembro perdido y puede llevarse a cabo con de la técnica del espejo, o a través de un proceso de reconstrucción y fortalecimiento del yo (identidad, imagen y familia.)
- Se debe brindar un apoyo integral a los pacientes amputados en el cual haya el aporte de todas las áreas, a fin de lograr una mejor aceptación del paciente ante su pérdida.
- Se puede trabajar la reconstrucción psíquica a partir de revivir etapas primarias con los pacientes al reconectarlos con esas imágenes por medio de una terapia del espejo, de enganchar al paciente de una manera que no produzca frustración sino más bien que le ayude a reencontrarse consigo mismo y poder reconstruir aspectos psíquicos y físicos que se han desmoronado frente a la pérdida.
- Se debería realizar una campaña de concientización con la sociedad para que se dé una mejor aceptación de la discapacidad y las amputaciones para evitar que la mirada del otro limite al sujeto y sienta que lo convierte en alguien diferente e inferior, porque al lograr una aceptación de la discapacidad en la sociedad se va a posibilitar que la persona bajo estas condiciones procese su dificultad de mejor manera.

Bibliografía

- Acevedo de Mendilaharsu, Sélika. *Cuerpo y discurso en Psicoanálisis*. revista uruguaya de psicoanálisis. Internet: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720029501.pdf>. Acceso: 14/09/2013
- Amigo, S. (2001). *Clínica de los fracasos del fantasma*. Rosario: Homo Sapiens.
- Bleichmar, H. (1997). *Psicoterapia del duelo patológico, avances de psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Paidós Iberica.
- Casas de Pereda, Myrta. *Entorno al rol del "espejo" Winnicott, Lacan, dos perspectivas*. Internet: http://www.querencia.psico.edu.uy/revista_nro4/myrta_casas.htm. Acceso: 14/09/2013
- Cuadrado, David. (2010). *Las cinco Etapas*. Internet. http://www.factorhumano.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf. Acceso: 14/12/2013
- Chemama, R. y. (2010). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. España: Paidós.
- Dolto, F. y. (2012). *El niño en el espejo*. Buenos Aires: Gedeisa.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía, obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello, obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (s.f.). *Conferencia 32, obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fuentes, M. (4 de diciembre de 2008). *El Fantasma*. Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de <http://tiempodesujeto.blogspot.com/2008/12/el-fantasma.html>
- Kübler- Ross Elizabeth. (2005). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lacan, J. (1949). *EL estadio del espejo como formación del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Mexico: Siglo XXI.
- Laplanche, P. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Labor.
- Lilo, J. L. (Febrero de 2000). *Duelo y pérdida corporal*. Recuperado el 15 de febrero de 2014, de http://www.revistahospitalarias.org/info_2001/01_163_04.htm
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor de amar*. Barcelona: Econobook.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Nuñez, B. (2007). *Familia y discapacidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Paredes, M. E. (s.f.). *Fundación hermano Miguel*. Recuperado el 23 de marzo de 2014, de www.fhmecuador.org

- Roudinesco, E. y. (1999). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Páidos.
- Salce, S. (s.f.). *El dolor del fantasma*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de http://www.centrooro.org.ar/co_archivos/de_la_ren.pdf
- Schorn, M. (2005). *La capacidad en la discapacidad, sordera, déficit intelectual, sexualidad y autismo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Urbano, C. y. (2008). *La discapacidad en la escena familiar*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Páidos.

GLOSARIO

1. **Ambivalencia:** “Disposición psíquica de un sujeto que experimenta o manifiesta simultáneamente dos sentimientos, dos actitudes opuestas hacia un mismo objeto, hacia una misma situación.” (Chemama, 2010, pág. 29).
2. **Angustia:** “afecto de displacer más o menos intenso que se manifiesta en lugar de un sentimiento inconsciente en un sujeto a la espera de algo que no puede nombrar” (Chemama, 2010, pág. 111)
3. **Angustia automática:** “La reacción del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir, sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar.” (Laplanche, 1996, pág. 27)
4. **Catexis:** “concepto económico, la catexis hace que cierta energía psíquica se halle unida a una representación o grupo de representaciones, una parte del cuerpo, un objeto, etcétera.” (Laplanche, 1996, pág. 49).
5. **Cuerpo:** “... en un primer momento tras la introducción por Freud de los conceptos de conversión histérica y de pulsión y en un segundo momento, tras la elaboración de Lacan de los conceptos de cuerpo propio, imagen especular, cuerpo real, cuerpo simbólico, cuerpo de los significantes y objeto a.” (Chemama, 2010, pág. 111)
6. **Deseo:** “Falta inscrita en la palabra y efecto de la marca del significante en el ser hablante” (Chemama, 2010, pág. 138)
7. **Dolor psíquico:** “es el dolor de separación, y con más razón cuando la separación es desgarrador y pérdida de un objeto al que estamos íntimamente ligados- la persona amada, un objeto material, un valor o la integridad de nuestro cuerpo” (Nasio, 2007, pág. 22)
8. **Duelo:** “el termino duelo designa a la vez el hecho de perder a un ser querido y la reacción ante esta pérdida. Dicha reacción se caracteriza por un afecto doloroso, por una suspensión del interés por el exterior, por una inhibición.” (Chemama, 2010, pág. 179)
9. **Duelo patológico:** “Es lo que se conoce como duelo no elaborado, en que ante la pérdida en el presente se vuelve a activar el mismo sentimiento de impotencia que se tuvo en el pasado. El sujeto no puede distinguir entre la impotencia real con que en edad temprana sufrió la pérdida de sus objetos significativos- y en únicos desde el punto de vista emocional- y su condición actual en que si existen otros objetos de

reemplazo posible. Lo que la pérdida actual reactiva no es la equiparación entre el objeto perdido actual y el del pasado sino entre dos estados del sujeto” (Bleichmar, 1997, pág. 305)

10. **Ello:** “instancia psíquica, en la segunda teoría del aparato psíquico enunciado por Freud, que es la más antigua, la más importante y la más inaccesible de las tres” (Chemama, 2010, pág. 179)
11. **Esquema corporal:** “especifica al individuo en cuanto representante de la especie, sean cuales fueren el lugar, la época o las condiciones en que vive. Este esquema corporal será el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, [...] sin él y sin el soporte que él representa, sería, para siempre un fantasma no comunicable.” (Dolto F. , 1986, pág. 21)
12. **Especularita:** “... una imagen en el espejo invertida por simetría y por esta razón puede ser distinguida de ellos. En particular, propiedad de la parte del cuerpo propio que inviste de libido su imagen especular o la de un semejante, por oposición a aquella que no efectúa esa investidura; en este caso, el objeto a, no especular, marca esta imagen con una falta” (Chemama, 2010, pág. 179)
13. **Estadio del espejo:** “es una fase observable del desarrollo infantil en el transcurso de la cual el niño aún muy pequeño descubre reflejada en un espejo la imagen global de su cuerpo. Es una acepción teórica, el estadio del espejo es un concepto psicoanalítico que da cuenta del nacimiento del yo, de mí y del otro. Por lo tanto, el estadio del espejo es tanto una fase como un concepto” (Nasio, 2008, pág. 84)
14. **Fantasma:** “ Para Freud , representación , guion escenario imaginario , consciente, preconsciente o inconsciente, que implica a uno o varios personajes y que pone en escena de manera más o menos disfrazada un deseo.” (Chemama, 2010, pág. 248)
15. **Forclusion:** “el significante que ha sido rechazado del orden simbólico reaparece en lo real, por ejemplo alucinatoriamente. El efecto radical de la forclusión sobre la estructura se da no solo en el cambio de lugar del significante sino también en el estatuto primordial de lo que es excluido: el padre como símbolo o significante del nombre del padre, cuyo significado correlativo es el de la castración.” (Chemama, 2010, pág. 268).
16. **Ideal del yo:** “ instancia psíquica que elige entre los tres valores morales y éticos requeridos por el superyó aquellos que constituyen un ideal al que el sujeto aspira” (Chemama, 2010, pág. 335)

17. **Imagen inconsciente:** “la imagen del cuerpo es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal. [...] la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconsciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que el individuo en cuestión sea capaz de designarse por el pronombre personal “YO”, antes de que sepa decir “YO”. La imagen del cuerpo es a cada momento memoria inconsciente de toda la vivencia relacional, y al mismo tiempo es actual.” (Dolto F. , 1986, pág. 21)
18. **Imagen Base:** “La imagen de base es la que le da al niño la convicción de que su cuerpo se asienta sobre un suelo firme que lo sostiene y lo soporta. [...] en el periodo de gestación la imagen base es también la que comunica al feto la impresión de que su cuerpo germinal este contenido en el líquido amniótico del que percibe la densidad y los calores protectores” (Nasio, 2008, pág. 27)
19. **Imagen Funcional:** ““La imagen Funcional, es por el contrario, la imagen de la sensación del cuerpo agitado y febril, todo él inclinado a la satisfacción de necesidades y deseos, un cuerpo al acecho de objetos concretos que puedan saciar sus necesidades y en busca de objetos imaginarios y simbólicos para satisfacer sus deseos. Los objetos concretos y sustanciales, tales como el alimento y los excrementos, que intervienen en el contacto cuerpo a cuerpo entre el niño y la madre y, por el otro, los objetos sutiles, perceptibles a distancia, tales como una mirada tierna, el timbre de voz o el delicado y suave olor de una piel” (Nasio, 2008, pág. 28)
20. **Imagen Erógena:** “la imagen erógena, por su parte, es la imagen de un cuerpo sentido como orificio entregado al placer, cuyos bordes se contraen y se dilatan al ritmo alternado de la satisfacción y la carencia.” (Nasio, 2008, pág. 28).
21. **Melancolía:** “Afectación profunda del deseo, concebida por Freud como la psiconeurosis por excelencia, caracterizada por una pérdida subjetiva específica, la del yo mismo.” (Chemama, 2010, pág. 420)
22. **Miembro Fantasma:** “El miembro fantasma es la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste; se solía creer que esto se debía a que el cerebro seguía recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido.”

23. **Narcisismo:** “ Amor que dirige el sujeto a si mismo tomado como objeto
24. **Objeto:** “Aquello a lo que el sujeto apunta en la pulsión, en el amor, en el deseo.” El objeto perdido: “la identificación reduce el objeto a un rasgo único y se hace por lo tanto al precio de una pérdida. De acuerdo al principio de placer, el aparato psíquico se satisfaría con representaciones agradables, pero el principio de realidad lo obliga a formular un juicio no solo sobre la calidad del objeto, sino sobre su presencia real.” (Chemama, 2010, págs. 476-479)
25. **Real:** “lo que la intervención de lo simbólico expulsa de la realidad para un sujeto. según Lacan, lo real solo se define con relación a lo simbólico e imaginario.” (Chemama, 2010, pág. 579)
26. **Simbólico:** “Función compleja y latente que abarca toda la actividad humana; incluye una parte consciente y una parte inconsciente, y adhiere a la función del lenguaje y, más especialmente, a la del significante. (Chemama, 2010, pág. 627).
27. **Trauma:** “Acontecimiento inasimilable para el sujeto, generalmente de naturaleza sexual, y que puede parecer constitutivo de una condición determinante de la neurosis.” (Chemama, 2010, pág. 684)

ANEXOS

Entrevista

1. ¿Hace cuánto tiempo sucedió el accidente?
2. ¿Quien estuvo junto a usted el momento de la amputación?
3. ¿Qué fue lo que sintió después de la amputación?
4. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?
5. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?
6. ¿Cómo se planteaba su futuro después de la pérdida?
7. ¿Qué soñaba después de la amputación?
8. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?
9. ¿Qué preguntas le hizo usted al médico después de la amputación?
10. ¿Cómo fue la forma de abordar el problema con respecto a los médicos que le trataron?
11. ¿A raíz de la amputación que aspectos cambiaron en su vida?
12. ¿Qué cambio en su Familia?
13. ¿Qué actividades cambiaron en su vida?
14. ¿Qué actividades echa de menos porque ve que no las podrá volver a hacer?
15. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?
16. ¿Actualmente cómo se siente?
17. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?
18. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?
19. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?
20. ¿En qué momentos siente más el miembro fantasma? ¿tal vez realizando una actividad, cambios de temperatura en el cuerpo?
21. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por su condición actual?

Preguntas claves tesis

1. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?
2. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?
3. ¿Qué soñaba después de la amputación?
4. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?
5. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?
6. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?
7. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?
8. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

Entrevista

Sujeto 1

1. ¿Hace cuánto tiempo sucedió el accidente?

El accidente se dio hace 10 años, en la terraza de su casa debido a una descarga eléctrica.

2. ¿Quien estuvo junto a usted el momento de la amputación?

Toda mi familia, ellos siempre han sido mi apoyo y han estado ahí para mí, siempre buscaron que yo salga adelante. Mi madre en es especial ella siempre ha estado conmigo en todo.

3. ¿Qué fue lo que sintió después de la amputación?

Sentía alivio porque al comienzo me pesaba mucho el brazo, pero no sabía a qué me enfrentaba. Aunque me dolía mucho la espalda.

4. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

Como me iba a ver el resto, que sensación tendré al verme sin mi brazo, quería morirme. Después de la amputación me genero rechazo el verme el muñón, no me podía ver en los espejos o vidrios porque le traía muchos recuerdos.

5. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

- Miedo a que nadie se vuelva a enamorar de ella.
- Miedo a perder a su pareja en ese momento
- Angustia cuando estoy cerca de cables
- Miedo a la terrazas
- Me preocupa lo que dice, piensa la gente de mí.
- Me da miedo volverme dependiente de mi marido

6. ¿Cómo se planteaba su futuro después de la pérdida?

Buscaba seguir la universidad siempre he sido alguien que ha querido ser alguien, no quedarme estancada. Actualmente trabajo pero a ratos considero q me hubiera ido mejor si hubiera culminado mis estudios.

7. ¿Qué soñaba después de la amputación?

No me acuerdo, pero mis sueños ahorita nunca me veo el cuerpo completo ósea nunca veo ni brazos ni piernas.

8. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

No nunca más vi mi cuerpo completo solo veía el rostro, pero me imagino que si lo vería me vería como soy ahora no se.

9. ¿Qué preguntas le hizo usted al médico después de la amputación?

Ninguna, solo quería salir del hospital. No me interesaba nada más que irme a mi casa.

10. ¿Cómo fue la forma de abordar el problema con respecto a los médicos que le trataron?

Los médicos me mimaron bastante desarrolle una buena relación con ellos, ellos me explicaron lo que me había pasado y la operación que me habían hecho, me mencionaron los cuidados que debía tener.

11. ¿A raíz de la amputación que aspectos cambiaron en su vida?

Cambiaron todos, cambie mi forma de vestir, mi mentalidad, madure mucho, la manera en cómo me enfrente a la sociedad, trataba de evitar la lastima de los demás hacia mí, cambie de actitud y comportamiento.

12. ¿Qué cambio en su Familia?

Mi madre tuvo un cambio radical en todo sentido, era como si ella se sintiera culpable e impotente de ayudarme. Ella se volcó enteramente para mí. Dejo de trabajar y perdió todo.

13. ¿Qué actividades cambiaron en su vida?

- Deje de hacer gimnasia rítmica
- Deje de bailar
- No salía tanto , prefería permanecer en mi casa

- Todas mis actividades se volvieron dependientes de alguien.

14. ¿Qué actividades echa de menos porque ve que no las podrá volver a hacer?

- El bailar
- Mi forma de vestir y mostrar mi cuerpo
- La libertad que tenía antes

15. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la pérdida?

Realmente desarrolle todo otra vez, volví a aprender a caminar, aprendí a vestirme sola, lo que más me costaba era abotonarme, acostumbrarme a comer con una sola mano, escribir, amarrarme los cordones, hacer quehaceres del hogar, cocinar.

16. ¿Actualmente cómo se siente?

Bien, en momentos hay bajones y vuelvo a revivir todo el momento de la pérdida, realmente lo que me tiene mal en este momento es mi trabajo, me siento desmotivada, siento que no soy apta para la posición que tiene. Me siento evaluada y observada todo el tiempo y esto me incomoda.

17. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

Mmm creo que si aunque todavía no puedo verme sin la prótesis. Me incomoda el muñón, sin embargo mi esposo creo que si lo ha aceptado muy bien porque me ama como soy.

18. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

Solo me veo el rostro, nunca me he visto de cuerpo completo porque no me gusta.

19. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

Actualmente creo que estoy más fuerte en relación a la opinión de los demás, antes para mí era súper importante lo que digan los demás creo que ahora con el tiempo he dejado que no me afecte lo que puedan decir aunque a veces hay personas que si dicen cosas que no estoy de acuerdo y me siento mal, o me tienen lastima y eso me molesta.

20. ¿En qué momentos siente más el miembro fantasma? ¿tal vez realizando una actividad, cambios de temperatura en el cuerpo?

No hay una situación específica en la que yo sienta mi brazo, creo que es todo el tiempo, a veces lo que más siento es como quedaron los dedos de la mano el momento del accidente. Tal vez en cambios de temperatura del cuerpo si se siente más pero a veces también se relaja más.

21. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por su condición actual?

Si, muchas veces la sociedad ecuatoriana no acepta la discapacidad ellos nos limitan mucho, actualmente con el gobierno ha mejorado pero aún hay discriminación.

Entrevista

Sujeto 2

1. ¿Hace cuánto tiempo sucedió el accidente?

Hace cuatro años, por descarga eléctrica en una terraza, estuve en coma 15 días.

2. ¿Quien estuvo junto a usted el momento de la amputación?

Realmente el momento de la amputación de la cirugía nadie, mi mama me estaba esperando fuera del quirófano.

3. ¿Qué fue lo que sintió después de la amputación?

No quería estar en el hospital, me sentía solo.

4. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

No tuve ninguna como estuve en coma solo me levante y me dijeron que me tenían que amputar, tampoco tuve ideas de morirme solo quería salir del hospital.

5. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

Ninguno creo, he aprendido a hacer todo. Tal vez a ratos lo que diga la gente.

6. ¿Cómo se planteaba su futuro después de la pérdida?

Se sigue planteando, quiero seguir la universidad, ser contador y ganar dinero para construirle una casa a mi mama.

7. ¿Qué soñaba después de la amputación?

No me acuerdo.

8. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

Si sueño que estoy completo que no me hace falta nada y que realizo actividades que ahora no puedo.

9. ¿Qué preguntas le hizo usted al médico después de la amputación?

Ninguna solo quería salir del hospital.

10. ¿Cómo fue la forma de abordar el problema con respecto a los médicos que le trataron?

Mala, ellos ya me mataron si hasta se sorprendieron cuando desperté, luego si ya me mimaron hasta mi cumpleaños me hicieron en el hospital.

11. ¿A raíz de la amputación que aspectos cambiaron en su vida?

- deje de hacer deporte
- deje de escalar
- deje de hacer las cosas que me gustaban como correr, jugar pelota, etc.
- creo que me volví más alegre y optimista

12. ¿Qué cambio en su Familia?

Mi mami dejo de trabajar, y a mi papi le toco aportar dinero para ayudarnos hasta poder recibir el bono.

13. ¿Qué actividades cambiaron en su vida?

Nada más de lo que ya dije antes, de ahí seguí normalmente con mi vida.

14. ¿Qué actividades echa de menos porque ve que no las podrá volver a hacer?

El andar en bicicleta.

15. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?

- Nadar con un pie y con una mano
- Escribir con la mano izquierda
- Jugar futbol y vóley
- Arreglar mi cuarto, barrer
- Tender la cama
- Estoy aprendiendo a manejar bicicleta.

16. ¿Actualmente cómo se siente?

Bien, alegre, tranquilo.

17. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

Si creo que si no me molesta ser como soy

18. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

Nada me da igual, me sigo viendo igual

19. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

Ahora ya no es importante les dejo que hablen, hay mucha gente que ha aprendido conmigo desde mi amputación.

20. ¿En qué momentos siente más el miembro fantasma? ¿tal vez realizando una actividad, cambios de temperatura en el cuerpo?

Con la prótesis ya no he tenido sensación del brazo y la pierna aunque a veces cuando juego o hago algo si le siento.

21. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por su condición actual?

No nunca todos han aceptado mi condición.

Entrevista

Sujeto 3

1. ¿Hace cuánto tiempo sucedió el accidente?

La primera tuvo a las 17 hace 8 años y la última hace unos 1 años

2. ¿Quien estuvo junto a usted el momento de la amputación?

Los papas principalmente y la familia que siempre le ha apoyado

3. ¿Qué fue lo que sintió después de la amputación?

Con el problema de mielomeningo celi siempre supo q tenia q hacerle las amputación pero no le afecto mucho

4. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

Antes: lo q tengan q hacerle con tal de q este bien y la segunda tuvo mucho miedo y estar bien para su hija porque la infección estaba avanzando a su sangre.

5. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

- Miedo a dejarle a la hija sola
- Impotencia duda de q va a pasar con ella
- Será q va a volver a hacer las cosas normalmente
- Quiere acabar la carrera
- Tiene miedo de si vuelve a caminar se le vuelva a lastimar y q le tengan q hacer otra amputación

6. ¿Cómo se planteaba su futuro después de la pérdida?

Mi futro siempre fue estudiar y ser independiente ser alguien.

7. ¿Qué soñaba después de la amputación?

No se acuerda

8. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

No ha tenido sueños en relación a esto

9. ¿Qué preguntas le hizo usted al médico después de la amputación?

Si con eso se iba a acabar la osteomielitis

10. ¿Cómo fue la forma de abordar el problema con respecto a los médicos que le trataron?

Fue buena la atención de los médicos

11. ¿A raíz de la amputación que aspectos cambiaron en su vida?

Todos yo deje de ser lo que era antes, por lo menos con mis enfermedades yo podía moverme y hacer mis cosas sola, con dolor pero sola, ahora estoy esperanzada en la prótesis pero aun así sigo necesitando de ayuda para conseguirla.

12. ¿Qué cambio en su Familia?

Mi padre le toco buscar un trabajo medio tiempo para ayudarme, mi madre pasa deprimida todo el tiempo, yo no puedo ayudar con los gastos de la casa y eso es frustrante porque siento que soy una carga muy alta. No le puedo ir a ver a mi esposo porque no puedo moverme bien.

13. ¿Qué actividades cambiaron en su vida?

Todas, ahora solo paso o con muletas o en silla de ruedas y deje de estudiar porque ya no podía moverme con facilidad además de que me preocupaba que me molesten por mi amputación.

14. ¿Qué actividades echa de menos porque ve que no las podrá volver a hacer?

El correr con mi hija.

15. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la perdida?

Las básicas el bañarme, vestirme sola, realmente no es que he implementado algo nuevo en mi vida.

16. ¿Actualmente cómo se siente?

Mal siento, que me falta todo que si no fuera por mi hija y mi esposo yo preferiría estar muerta así todos estarían más tranquilos

17. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

Me ha tocado aunque realmente siempre he tenido un cuerpo deforme entonces solo es algo más a lo que he vivido.

18. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

No me gusta, me incomoda

19. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

.pensé que no iba a ser importante pero desde la última amputación me costó mucho salir de la casa y que los demás me vean, me deprimó muy rápido cuando la gente comenta algo relacionado a mi amputación.

20. ¿En qué momentos siente más el miembro fantasma? ¿tal vez realizando una actividad, cambios de temperatura en el cuerpo?

La verdad es todo el tiempo tengo bastante dolor y cosquilleo pero capaz más con los cambios de temperatura.

21. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por su condición actual?

Si muchas y no me gusta porque a mi hija también le ha tocado vivir eso.

Entrevista

Sujeto 4

1. ¿Hace cuánto tiempo sucedió el accidente?

Hace un año, se dio por un asalto y mala práctica medica

2. ¿Quien estuvo junto a usted el momento de la amputación?

Mi esposa y mis hermanos

3. ¿Qué fue lo que sintió después de la amputación?

Me sentía impotente, me sentía inútil, solo quería que fuera una pesadilla

4. ¿Qué ideas venían a su cabeza antes y después de la amputación?

Tuve ideas de morirme de desaparecer, no quería verme así, no quería afrontar lo que sabía que me tocaba afrontar al ya solo tener una pierna.

5. ¿Qué angustias y miedos le sobrevinieron después de la amputación?

Muchos:

- Que mi esposa me deje
- Que se consiga alguien más que este completo
- Que mi hijo me haga preguntas que no pueda contestar
- El salir a la calle me generaba mucho temor
- Me angustiaba la idea de no poder trabajar
- Me preocupaba que me discriminen por mi condición
- Me angustiaba el no acostumbrarme y tirarme a morir

6. ¿Cómo se planteaba su futuro después de la pérdida?

Al comienzo todo era gris no veía como que nada tenía solución, pero ahora sé que puedo seguir trabajando y eso es mi futuro.

7. ¿Qué soñaba después de la amputación?

No recuerdo bien, casi nunca recuerdo los sueños.

8. ¿Cuándo soñaba con su cuerpo se veía a si mismo completo?

De lo poco que me acuerdo, creo que si me sueño completo

9. ¿Qué preguntas le hizo usted al médico después de la amputación?

Ninguna, solo quería ver a mi esposa y salir de ahí

10. ¿Cómo fue la forma de abordar el problema con respecto a los médicos que le trataron?

La verdad yo considero que por culpa de ellos yo perdí mi pierna porque no me dieron una buena atención y por eso se me infectó y me tuvieron que amputar. Pero ellos me dijeron que eso me iba a ayudar a estar bien.

11. ¿A raíz de la amputación que aspectos cambiaron en su vida?

Todos creo que fue una lección de vida para mí, aceptar que las cosas que me decía mi esposa de las salidas cada semana a tomar estaban mal y verme así es como un recordatorio diario para que eso no vuelva a suceder. Dejar de trabajar por una temporada fue algo que me frustró muchísimo.

12. ¿Qué cambio en su Familia?

Han aprendido a convivir con una persona con una discapacidad física y nos ha tocado apretarnos un poco en los gastos.

13. ¿Qué actividades cambiaron en su vida?

El trabajo lo realizo con mayor dificultad

14. ¿Qué actividades echa de menos porque ve que no las podrá volver a hacer?

Correr y jugar pelota con mi hijo.

15. ¿Qué habilidades se han desarrollado frente a la pérdida?

Hasta ahora no muchas, recién me estoy acostumbrando.

16. ¿Actualmente cómo se siente?

Bien, a ratos si me siento triste y solo pero esa sensación pasa.

17. ¿Ha aprendido a aceptar su cuerpo como es ahora?

Todavía no totalmente, creo que aún me falta tiempo.

18. ¿Qué siente cuando se mira al espejo?

Nada me da igual, aunque ya cuando se trata de ver el muñón al comienzo me costaba mucho.

19. ¿Qué tan importante es para usted la opinión de los demás frente a su miembro faltante?

Si es importante, no me gusta que comenten, o que me pregunte lo sucedido.

20. ¿En qué momentos siente más el miembro fantasma? ¿tal vez realizando una actividad, cambios de temperatura en el cuerpo?

Todo el tiempo, sea en actividad o con cambios de temperatura, es como que mi cuerpo busca recordarme lo que perdí.

21. ¿Alguna vez se ha sentido discriminado por su condición actual?

Si, algunas veces, pero ya me estoy acostumbrando.